

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
GABRIELLE FRAPPIER-ALLARD

L'ENGAGEMENT DES PERSONNES AYANT SUBI UN ACCIDENT VASCULAIRE
CÉRÉBRAL LORS D'UNE INTERVENTION COGNITIVE BASÉE
SUR L'APPROCHE CO-OP

DÉCEMBRE 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier tous les professeurs du département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et mes collègues de classe, pour leur soutien et l'inspiration qu'ils ont su m'octroyer tout au long de mes études.

J'aimerais remercier également mes collègues de séminaires pour leurs précieux commentaires et particulièrement Alexandra pour son excellent travail de révision. Je remercie spécialement madame Valérie Poulin, professeure au département d'ergothérapie à l'UQTR et directrice de cet essai critique, pour l'aide, les conseils et le temps accordés tout au long de mon processus de rédaction.

Je souhaite offrir une mention spéciale à mes proches, famille et amis, qui m'ont apporté du réconfort tout au long de mon parcours. En particulier, je remercie mon amoureux Jean-Francis qui m'a grandement soutenue et encouragée.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vi
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
2.1 L'accident vasculaire cérébral.....	2
2.1.1 Définition	2
2.1.2 Épidémiologie	2
2.1.3 Impacts sur les capacités et le fonctionnement	2
2.2 Capacités cognitives et fonctionnement après l'AVC.....	3
2.2.1 Interventions en réadaptation cognitive	4
2.3 L'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) ..	5
2.3.1 L'engagement dans la thérapie.....	7
2.4 Objectifs de recherche	9
3. CADRE CONCEPTUEL	10
3.1 Modèle de l'engagement thérapeutique en réadaptation (METR) (Lequerica et Kortte, 2010).....	10
3.1.1 Description du modèle	10
3.1.2 Pertinence du modèle	12
3.2 Modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2008)	13
3.2.1 Description du modèle	13
3.2.2 Pertinence du modèle	14
4. MÉTHODE	16
4.1 Devis.....	16
4.2 Participants	16
4.3 Collecte des données	17
4.3.1 Rehabilitation Therapy Engagement Scale (Lequerica et coll., 2006).....	17
4.3.2 Volitional Questionnaire (Chern et coll., 1996).....	17
4.4 Analyse des données	18
4.5 Considérations éthiques.....	19

5. RÉSULTATS	21
5.1 Description des participants	21
5.2 Évolution de l'engagement des participants dans la thérapie	22
5.2.1 Évolution de l'engagement mesurée avec l'échelle <i>Rehabilitation Therapy Engagement Scale</i> (Lequerica et coll., 2006)	22
5.2.2 Évolution de l'engagement mesurée avec le Volitional Questionnaire (Chern et coll., 1996)	23
5.2.3 Observations qualitatives en regard de l'évolution de l'engagement.....	23
5.3 Facteurs pouvant influencer l'engagement.....	24
5.3.1 Facteurs pouvant favoriser l'engagement dans la thérapie	25
5.3.1.1 Facteurs en lien avec la personne.....	25
5.3.1.2 Facteurs en lien avec l'environnement.....	26
5.3.1.3 Facteurs en lien avec l'occupation	27
5.3.2 Facteurs pouvant limiter l'engagement dans la thérapie	28
5.3.2.1 Facteurs en lien avec la personne.....	28
5.3.2.2 Facteurs en lien avec l'environnement.....	29
5.3.2.3 Facteurs en lien avec l'occupation	29
6. DISCUSSION	31
6.1 Évolution de l'engagement dans la thérapie	31
6.2 Facteurs influençant l'engagement des participants.....	33
6.3 Forces et limites de l'étude.....	35
6.3.1 Forces	35
6.3.2 Limites.....	35
6.4 Implications pour la pratique de l'ergothérapie	36
7. CONCLUSION	38
RÉFÉRENCES.....	39

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 Résumé des 10 études recensées portant sur l'approche CO-OP chez les adultes et les personnes âgées ayant subi un AVC.....</i>	<i>43</i>
<i>Tableau 2 Critères d'inclusion et d'exclusion des participants.....</i>	<i>16</i>
<i>Tableau 3 Description des participants</i>	<i>21</i>
<i>Tableau 4 Facteurs influençant l'engagement dans la thérapie.....</i>	<i>25</i>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Évolution de l'engagement mesurée avec l'échelle RTES 46

Figure 2 Évolution de l'engagement mesurée avec le VQ..... 47

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVC	Accident vasculaire cérébral
CO-OP	Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
MOH	Modèle de l'occupation humaine
METR	Modèle de l'engagement thérapeutique en réadaptation
RTES	Rehabilitation Therapy Engagement Scale
VQ	Volitional Questionnaire

RÉSUMÉ

Problématique : Les déficits des fonctions exécutives, comme la planification, la résolution de problèmes et la flexibilité, touchent jusqu'à 75 % des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et affectent la réalisation de leurs activités quotidiennes et de leurs rôles sociaux (Leśniak, Bak, Czepiel, Seniów et Czlonkowska, 2008). Ces déficits affectent également la participation et l'engagement de la personne dans sa réadaptation après l'AVC (Skidmore et coll., 2010). Une approche prometteuse pour la réadaptation des personnes ayant des atteintes cognitives post-AVC, et qui pourrait avoir le potentiel de favoriser l'engagement, est l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP). Cette approche se base sur l'utilisation de stratégies métacognitives de résolution de problèmes en vue de la réalisation des buts fonctionnels choisis par la personne. **Objectifs :** L'objectif général de cette étude est d'explorer l'engagement dans la thérapie chez des adultes présentant des atteintes des fonctions exécutives à la suite d'un AVC et participant à des interventions basées sur l'approche CO-OP. Les objectifs spécifiques sont : 1) déterminer comment l'engagement évolue au fil des séances d'interventions et 2) explorer les facteurs qui contribuent à augmenter ou limiter l'engagement de la personne dans l'intervention. **Cadre conceptuel :** Deux modèles théoriques ont été utilisés pour ce projet, soient le *Model of therapeutic engagement in rehabilitation* (Lequerica et Kortte, 2010) et le *Modèle de l'occupation humaine* (Kielhofner, 2008). **Méthode :** Ce projet est une étude de cas multiples basée sur une analyse secondaire d'enregistrements audio-vidéo de séances d'interventions à l'aide de l'approche CO-OP réalisée auprès de cinq personnes présentant des atteintes des fonctions exécutives à la suite d'un AVC. L'échelle *Rehabilitation Therapy Engagement Scale* ainsi que le *Volitional Questionnaire* sont utilisés pour guider les observations et évaluer l'engagement des participants lors des séances. **Résultats :** L'engagement dans la thérapie de quatre participants sur cinq s'est amélioré durant les interventions. Une participante a vu son niveau d'engagement légèrement diminuer au fil des interventions. Plusieurs facteurs facilitants ont été identifiés comme la perception positive de l'environnement social et l'amélioration de la performance dans les buts fonctionnels. Les facteurs limitants identifiés sont, entre autres, le niveau de difficulté des buts fixés, le manque de motivation à s'investir dans certains buts fixés initialement en raison de changements dans les priorités au fil du temps et une plus faible compréhension du besoin de réadaptation. **Discussion :** L'approche CO-OP présente un potentiel probable à favoriser l'engagement dans la thérapie des personnes présentant des atteintes des fonctions exécutives post-AVC, ce qui concorde avec les résultats d'une autre étude pilote basée sur l'approche CO-OP (Skidmore et al., 2011). Certains éléments clés de l'approche CO-OP (ex. : buts choisis par le client, découverte guidée) concordent aussi avec les principes énoncés par Lequerica, Donnell, et Tate (2009) pour favoriser l'engagement des clients dans la thérapie. D'autres études devraient être réalisées afin de soutenir l'évidence de ces résultats. **Conclusion :** Ce projet a permis de documenter le phénomène de l'engagement dans la thérapie et d'offrir des pistes de réflexion pour les cliniciens qui souhaitent agir afin de favoriser l'engagement lors de la réadaptation des personnes présentant des atteintes cognitives post-AVC.

Mots clés : ergothérapie, dysfonction exécutive, approche CO-OP, engagement dans la thérapie, accident vasculaire cérébral

ABSTRACT

Background: Deficits in executive functions, such as planning, problem-solving and flexibility affect up to 75 % of individuals with stroke and compromise their ability to successfully achieve their activities of daily living and social roles (Leśniak et al., 2008). Such deficits also affect the ability to participate and fully engage in rehabilitation treatment after stroke (Skidmore et al., 2010). The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach could have the potential of helping adults with post-stroke cognitive disorders to fully engage in therapy settings. This approach consists of using problem-solving strategies to achieve self-selected functional goals. **Objectives:** The general objective of this study is to explore the therapeutic engagement of adults with post-stroke executive functions deficits during occupational therapy interventions based on CO-OP approach. The specific objectives are to: 1) determine how therapeutic engagement evolves during the intervention process and 2) explore the facilitating and limiting factors of therapeutic engagement during interventions. **Conceptual framework:** Two conceptual models have been chosen for this study which are the *Model of therapeutic engagement in rehabilitation* (Lequerica et al., 2010) and the *Model of Human Occupation* (Kielhofner, 2008). **Methodology:** This multiple case study is based on the secondary analysis of filmed CO-OP intervention sessions of five adult participants with post-stroke executive functions deficits. The *Rehabilitation Therapy Engagement Scale* and the *Volitional Questionnaire* are used to assess therapeutic engagement of participants during sessions and to guide observations. **Results:** Four participants obtained higher therapeutic engagement levels after the CO-OP interventions. One participant obtained slightly lower therapeutic engagement level after interventions. Some factors have been identified as facilitating engagement such as the positive perceptions from the social environment and an improved performance in functional goals. Some of the limiting factors identified include the goal's level of difficulty and the lack of motivation to participate in some of the goals initially set because the person's priorities have changed over time. **Discussion:** The CO-OP approach may have the potential of increasing therapeutic engagement of adults with executive functions deficits post-stroke, as also suggested by the results from a previous pilot study using this approach (Skidmore et al., 2011). Some key features of the CO-OP approach (e.g., self-selected goals, guided discovery) are also consistent with the recommendations from Lequerica, Donnell and Tate (2009) to facilitate therapeutic engagement. These findings should be further confirmed by larger studies. **Conclusion:** This project explored the phenomenon of therapeutic engagement and offered some reflections and suggestions for clinicians to facilitate therapeutic engagement during the rehabilitation of persons with post-stroke cognitive disorders.

Key words: occupational therapy, executive dysfunction, CO-OP approach, therapeutic engagement, stroke

1. INTRODUCTION

Les déficits des fonctions exécutives, comme la planification, la résolution de problèmes et la flexibilité, touchent jusqu'à 75 % des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) (Riepe, Riss, Bittner et Huber, 2004) et affectent la réalisation de leurs activités quotidiennes et de leurs rôles sociaux (Leśniak, et coll., 2008). Ces déficits affectent également la participation et l'engagement de la personne dans sa réadaptation après l'AVC (Skidmore et coll., 2010). Au cours des dernières années, de nouvelles interventions ont été étudiées pour la réadaptation des personnes présentant des atteintes des fonctions exécutives (Dawson et coll., 2009; Skidmore et coll., 2011; Skidmore et coll., 2015) dont l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) (Polatajko et Mandich, 2004). Dans l'approche CO-OP, la personne apprend à utiliser des stratégies métacognitives de résolution de problèmes pour atteindre ses propres buts pour la réalisation d'activités fonctionnelles (Polatajko et coll., 2004). Dans un récent essai clinique pilote mené par Poulin, Korner-Bitensky, Bherer, Lussier et Dawson (sous presse), la rétroaction fournie par certains participants suggère, entre autres, qu'ils auraient perçu des bénéfices de l'intervention sur leur motivation et leur sentiment de confiance à s'engager dans les activités ciblées par l'intervention. Ceci justifie d'autant plus la pertinence de bien comprendre comment leur engagement a évolué au fil de la thérapie ainsi que les éléments clés ayant été susceptibles d'augmenter ou de réduire leur engagement lors des séances d'intervention. Le présent projet documente donc l'engagement des personnes ayant subi un AVC lors d'une intervention cognitive basée sur l'approche CO-OP, et ce, au moyen de l'analyse secondaire d'enregistrements audio-vidéo de séances de traitement avec 5 participants ayant reçu cette intervention (Poulin, 2014; Poulin et coll., sous presse).

D'abord, une section portant sur la problématique explique en profondeur tous les éléments menant à la question et aux objectifs de recherche. Ensuite, le cadre conceptuel constitué de deux modèles théoriques déjà existants dans la littérature est présenté, suivi de la description de la méthode ayant guidé chacune des étapes de la réalisation de ce projet. Les résultats issus de la collecte de données sont rapportés et organisés en fonction du cadre conceptuel, puis sont ensuite analysés et mis en perspective avec les écrits scientifiques dans la discussion.

2. PROBLÉMATIQUE

La présente section expose les différents enjeux qui contribuent à l'élaboration de la question de recherche. Il sera question de l'atteinte des fonctions exécutives post-AVC, du phénomène de l'engagement dans la thérapie et de l'approche CO-OP en ergothérapie chez les adultes. La section se termine par la question ainsi que les objectifs de recherche.

2.1 L'accident vasculaire cérébral

2.1.1 Définition

Un accident vasculaire cérébral se définit comme étant une interruption de la circulation du sang vers une partie du cerveau entraînant la mort ou une altération des cellules cérébrales de la région atteinte (Agence de la santé publique du Canada, 2015). L'AVC est causé de deux façons, soit par un caillot de sang provoquant l'interruption de l'apport en sang et en oxygène aux cellules du cerveau (ischémie), soit par un vaisseau sanguin du cerveau qui se brise provoquant ainsi un saignement au cerveau (hémorragie) (Agence de la santé publique du Canada, 2015).

2.1.2 Épidémiologie

Au Canada, il est estimé que 50 000 personnes subissent un AVC chaque année (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2015). L'AVC occupe le premier rang des causes d'incapacité chez les adultes au Canada et le troisième rang des causes de décès. Ainsi, entre le tiers et le deux tiers des personnes qui subissent un AVC doivent vivre avec des incapacités permanentes résiduelles (Agence de la santé publique du Canada, 2015).

2.1.3 Impacts sur les capacités et le fonctionnement

Les effets d'un AVC varient selon la partie du cerveau ayant subi les dommages et peuvent affecter les capacités physiques, motrices, sensorielles, cognitives et émotionnelles de la personne atteinte. Les séquelles les plus fréquentes d'un AVC sont : une hémiparésie ou hémiplégie des membres supérieurs et inférieurs, une héminegligence, un déficit cognitif affectant l'attention et les fonctions exécutives, des difficultés sur le plan du langage et des atteintes émotionnelles telles que la labilité émotionnelle et la dépression (Teasell & Hussein, 2013).

Ces séquelles sont susceptibles d'entraîner une diminution de l'autonomie de ces personnes en ce qui a trait à la réalisation de leurs activités quotidiennes, allant des plus simples comme les soins personnels aux plus complexes comme la gestion du domicile, la conduite automobile et le travail (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2015). Par exemple, certaines études suggèrent que seulement 30 % à 40% des personnes ayant subi un AVC retournent à l'emploi occupé avant la survenue de l'AVC (Hartke et Trierweiler, 2015). Les personnes ayant subi un AVC ont davantage de difficultés à s'intégrer dans des activités plus complexes au sein de leur communauté (ex. : loisirs), ce qui influence négativement leur qualité de vie et celle de leurs proches (Montgomery et coll., 2015).

2.2 Capacités cognitives et fonctionnement après l'AVC

Parmi les difficultés fréquemment observées à la suite d'un AVC qui affectent significativement le fonctionnement quotidien, on retrouve les atteintes des capacités cognitives. Les plus régulièrement rencontrées sont sur le plan de la mémoire, de l'attention, de la concentration et des fonctions exécutives (Leśniak et coll., 2008). D'ailleurs, les déficits des fonctions exécutives touchent jusqu'à 75 % des personnes ayant subi un AVC (Riepe et coll., 2004). Les fonctions exécutives sont des processus cognitifs supérieurs qui permettent de réaliser des actions dirigées vers un but et de réguler les comportements humains. Elles sont constituées de plusieurs composantes, dont l'initiation, la planification, la résolution de problèmes et la flexibilité mentale (Grieve et Gnanasekaran, 2008).

L'impact d'une atteinte des capacités cognitives, particulièrement des fonctions exécutives, est souvent sous-estimé et sous-évalué au début des traitements post-AVC (Wolf, Baum et Conner, 2009). En effet, les impacts se manifesteraient davantage lorsque l'individu retourne dans la communauté, qui est un environnement moins structuré, et qu'il recommence à réaliser ses activités quotidiennes, particulièrement les activités plus complexes comme le retour au travail (Leśniak et coll., 2008). La présence de difficultés cognitives et exécutives peut également affecter la participation et l'engagement de la personne dans sa réadaptation après l'AVC (Skidmore et coll., 2010). Par exemple, les individus peuvent éprouver de la difficulté à assimiler les enseignements des thérapeutes et à mettre en application ou respecter leurs recommandations (ex. : utilisation d'une aide technique tel qu'enseigné, pratique assidue des

exercices, etc.). Le risque que ces personnes se retrouvent moins autonomes et donc plus dépendantes de leur environnement social pour la réalisation des activités quotidiennes est conséquemment accru.

Ainsi, la prévalence et les impacts d'une atteinte des capacités cognitives et des fonctions exécutives représentent un défi de taille pour les professionnels de la santé œuvrant dans le domaine de la réadaptation auprès de cette clientèle, notamment les ergothérapeutes qui ont le mandat de permettre à ces personnes de retrouver un maximum d'autonomie (Wolf et coll., 2009).

2.2.1 Interventions en réadaptation cognitive

L'ergothérapie est une profession centrée sur le client ayant recours à des activités significatives dans le but de minimiser les impacts quotidiens d'un AVC. Les ergothérapeutes travaillant en réadaptation cognitive visent l'amélioration de la réalisation des activités quotidiennes et leurs interventions peuvent améliorer le fonctionnement et optimiser les habiletés requises pour ces activités (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2015).

Plus spécifiquement, en ce qui concerne la prise en charge des personnes ayant des difficultés cognitives après l'AVC, de récentes recommandations sur les meilleures pratiques (Eskes et coll., 2015) et une revue systématique sur la réadaptation des fonctions exécutives (Poulin, Korner-Bitensky, Dawson, et Bherer, 2012) suggèrent que différentes approches prometteuses basées sur le réentraînement spécifique des fonctions atteintes, sur l'utilisation de stratégies cognitives (ex. : résolution de problèmes) et sur l'utilisation d'aides compensatoires externes (ex. : pagette) peuvent être considérées. Cependant, les évidences demeurent limitées et des recherches demeurent nécessaires pour améliorer notre compréhension sur la manière de favoriser le transfert et la généralisation des apprentissages dans le quotidien de la personne.

À cette fin, de nouvelles interventions ont été étudiées au cours des dernières années pour la réadaptation des personnes présentant des atteintes des fonctions cognitives post-AVC, dont l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) (McEwen, Polatajko, Huijbregts, et Ryan, 2009; McEwen, Polatajko, Huijbregts, et Ryan, 2010a; McEwen et coll. 2010b; McEwen et coll., 2015; Poulin, 2014; Poulin et coll., sous presse; Skidmore et

coll., 2011; Skidmore et coll., 2015a-b), dans laquelle la personne est guidée à utiliser des stratégies cognitives de résolution de problèmes pour atteindre ses propres buts pour la réalisation d'activités fonctionnelles (Polatajko et coll., 2004).

2.3 L'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)

L'approche CO-OP, qui se base notamment sur les théories cognitives comportementales, les théories de l'apprentissage moteur et l'approche centrée sur le client, comporte plusieurs éléments clés. D'abord, le client sélectionne activement les buts (environ trois) pour réaliser ou améliorer des activités significatives de son quotidien comme planifier et réaliser des repas ou mettre une chemise. Ensuite, l'approche s'appuie sur l'utilisation d'une stratégie cognitive pour résoudre les problèmes rencontrés dans l'activité. Plus spécifiquement, le client détermine son BUT, établit son PLAN, FAIT le plan prévu, puis VÉRIFIE si le but est atteint et si le plan a fonctionné correctement. Enfin, un autre élément essentiel est que le thérapeute guide le client dans la découverte des stratégies pour résoudre les difficultés dans l'activité, par exemple en faisant des observations ou en posant des questions, plutôt qu'en lui donnant des instructions explicites et directives. Ce principe est celui de la découverte guidée. Lorsque possible, il est également recommandé que les proches soient impliqués dans la réadaptation pour renforcer l'utilisation des stratégies cognitives au quotidien (Dawson et coll., 2009; Skidmore et coll., 2011).

Cette approche, validée initialement chez des enfants ayant un trouble de l'acquisition de la coordination (Polatajko et coll., 2004), a récemment démontré des résultats positifs pour améliorer la performance et la satisfaction dans les activités, avec des indications de transfert des apprentissages dans le quotidien, chez d'autres populations, dont des adultes ayant subi un AVC. Dans le cadre de cet essai, une revue de la littérature a été réalisée dans le but de recenser les écrits sur l'approche CO-OP auprès d'adultes ayant subi un AVC. La stratégie de recherche documentaire utilisée est disponible à l'annexe A. Le tableau 1 présentant le résumé des études identifiées dans le cadre de cette recension des écrits scientifiques est disponible en annexe B du présent document.

Parmi les articles publiés initialement identifiés (voir la stratégie de recherche à l'annexe A), dix études ont été retenues. Parmi celles-ci, cinq études portaient spécifiquement sur une population ayant des incapacités cognitives à la suite de l'AVC (Henshaw et coll., 2011; Skidmore et coll., 2011; Skidmore et coll., 2014; Skidmore et coll., 2015a; Skidmore et coll., 2015b).

Les données issues de cette recension des écrits font état de plusieurs évidences scientifiques. Tout d'abord, dans six études, une amélioration significative de la performance des participants dans les buts qu'ils ont choisis a été notée à la Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) et au Performance Quality Rating Scale (PQRS) (Henshaw et coll., 2011; McEwen et coll., 2009; McEwen et coll., 2010a; McEwen et coll., 2015; Polatajko, McEwen, Ryan, et Baum, 2012; Skidmore et coll., 2011). Un essai clinique randomisé a d'ailleurs démontré que cette amélioration était supérieure à celle obtenue avec un traitement ergothérapique standard (McEwen et coll., 2015). De plus, les études suggèrent que l'approche CO-OP pourrait favoriser le transfert des apprentissages, comme démontré par les améliorations significatives des participants à la MCRO et au PQRS dans des buts qu'ils ont choisis, mais qui n'ont pas été entraînés spécifiquement pendant la thérapie (McEwen et coll., 2010a; McEwen et coll., 2015). Il est à noter que le niveau d'évidence de la plupart de ces études est considéré comme étant relativement faible en raison, entre autres, de l'absence de randomisation et de groupe contrôle dans plusieurs des études ainsi que des échantillons de très petite taille (un à trente participants par étude). Néanmoins, l'ensemble des articles recensés suggère que l'approche CO-OP est faisable avec des clients se situant dans les diverses phases de récupération suivant l'AVC, incluant ceux présentant des difficultés cognitives et exécutives. D'ailleurs, l'essai clinique randomisé mené par Skidmore et ses collaborateurs (2015a) suggère que l'approche CO-OP pourrait avoir un effet bénéfique sur certaines composantes des fonctions exécutives telles que l'inhibition et la flexibilité. Leurs résultats indiquent également que les participants ayant reçu l'approche CO-OP présentaient un niveau d'apathie inférieur à celui des participants du groupe contrôle six mois après l'AVC, suggérant que cette approche pourrait être favorable à l'initiation de comportements dirigés vers un but (Skidmore et coll., 2015b). Enfin, l'étude de cas de Skidmore et ses collaborateurs (2011) suggère également que la participation à

l'approche CO-OP du participant présentant des incapacités cognitives serait susceptible d'avoir amélioré son engagement dans sa réadaptation.

2.3.1 L'engagement dans la thérapie

L'engagement dans la thérapie constitue une préoccupation importante pour les professionnels de la réadaptation (Lequerica et coll., 2009), particulièrement auprès d'une clientèle présentant des atteintes des fonctions cognitives et exécutives qui sont susceptibles d'affecter la participation et l'engagement dans la réadaptation après l'AVC (Skidmore et coll., 2010).

L'engagement dans la thérapie est un effort délibéré et constant qu'une personne fait afin d'atteindre les buts de sa réadaptation (Lequerica et coll., 2009). L'engagement dans la thérapie s'observe par la participation du client et sa coopération avec le thérapeute. Ainsi, le niveau d'engagement dans la thérapie décrit comment la personne participe dans sa réadaptation. Par exemple, une personne qui présente un haut niveau d'engagement dans la thérapie montrera des signes d'enthousiasme et d'intérêt alors qu'une personne qui présente un faible niveau d'engagement dans la thérapie montrera des signes d'apathie et d'indifférence (Matthews et coll., 2002).

Le niveau d'engagement dans la thérapie influence les chances de succès de la thérapie (Lequerica et coll., 2010). Toutefois, le maintien de l'engagement dans la thérapie représente souvent un défi pour les professionnels de la réadaptation. Par exemple, un client peut s'engager de façon variable tout au long de sa réadaptation en raison de différents changements pouvant survenir sur le plan de son humeur, de sa douleur, de ses intérêts ou de sa motivation. C'est donc un défi pour les professionnels de la réadaptation de reconnaître ces changements afin de maintenir l'engagement de la personne dans la thérapie. Les personnes qui présentent des difficultés à s'engager dans la thérapie sont aussi à risque d'avoir un fonctionnement altéré les rendant plus dépendantes de l'environnement social lors du retour dans la communauté. De plus, un meilleur niveau d'engagement est associé à une diminution de la dépression, du déni des incapacités et des états affectifs négatifs en général (ex. : apathie) (Lequerica et coll., 2010). Pour

cette raison, il est important que les ergothérapeutes détiennent les connaissances nécessaires pour identifier les facteurs qui nuisent à l'engagement des personnes dans la thérapie.

Jusqu'à maintenant, il y a peu de lignes directrices pour favoriser le maintien de l'engagement dans la réadaptation physique pour les thérapeutes qui en réclament le besoin (Lequerica et coll., 2010). Il existe toutefois certains principes identifiés dans les écrits pouvant améliorer l'engagement dans la thérapie. L'étude de Lequerica et ses collaborateurs (2009) émet quelques recommandations pour favoriser l'engagement des clients dans la thérapie à la suite d'un sondage réalisé auprès de 199 physiothérapeutes et ergothérapeutes. Les recommandations principales retenues sont les suivantes : 1) établir des buts significatifs pour le client ; 2) donner de l'information ; 3) établir une relation thérapeutique ; 4) donner du contrôle au patient ; 5) impliquer les proches dans la réadaptation ; 6) encourager le patient ; 7) être flexible ; 8) référer à d'autres professionnels au besoin ; 9) simplifier la thérapie pour faciliter le succès. Ces recommandations sont pour la plupart similaires avec les principes de l'approche CO-OP (Polatajko et coll., 2004), comme le principe de cibler des buts qui sont significatifs pour le client et le principe de guider le client à découvrir lui-même des stratégies pour faciliter l'accomplissement de ses activités ciblées (Skidmore et coll., 2011). L'approche CO-OP pourrait donc être susceptible d'améliorer l'engagement du participant dans sa thérapie, tel que mentionné précédemment (Skidmore et coll., 2011).

De plus, dans un récent essai clinique pilote mené par Poulin et ses collaborateurs (sous presse), la rétroaction fournie par certains participants suggère qu'ils auraient perçu des bénéfices de l'intervention sur leur motivation et leur sentiment de confiance à s'engager dans les activités ciblées par l'intervention. Ceci justifie d'autant plus la pertinence de bien comprendre comment leur engagement a évolué au fil de la thérapie ainsi que les éléments clés ayant été susceptibles d'augmenter ou de réduire leur engagement lors des séances d'intervention. Le niveau d'engagement dans une intervention telle que l'approche CO-OP est aussi un élément important à documenter pour évaluer la faisabilité de l'utilisation de cette intervention. De plus, il est estimé que les changements du niveau d'engagement d'une personne dans la thérapie tout au long de sa réadaptation pourraient aussi représenter des indicateurs de l'efficacité des interventions (Lequerica et coll., 2006).

La présente étude explore donc l'évolution de l'engagement des participants dans cette intervention qui s'est révélée prometteuse pour la réadaptation des personnes ayant des atteintes des fonctions exécutives post-AVC. Ces résultats pourraient permettre de fournir certaines pistes de réflexion quant aux moyens qui pourraient être entrepris pour maintenir l'engagement dans la thérapie chez la clientèle ayant des atteintes des fonctions exécutives après l'AVC.

2.4 Objectifs de recherche

L'objectif général de recherche est donc d'explorer l'engagement dans la thérapie chez les adultes présentant des atteintes des fonctions exécutives à la suite d'un AVC et participant à des interventions basées sur l'approche CO-OP. Plus spécifiquement, la recherche vise à : 1) déterminer comment l'engagement évolue au fil de la thérapie avec deux grilles d'observation de l'engagement; 2) explorer les facteurs qui contribuent à augmenter ou limiter l'engagement du client dans la thérapie. Ces facteurs peuvent être en lien avec la personne, l'environnement ou l'occupation dans le contexte de la thérapie.

3. CADRE CONCEPTUEL

La présente section expose les différents modèles théoriques qui guident la réflexion et l'analyse tout au long de cette étude. Il sera question du *Modèle de l'engagement thérapeutique en réadaptation* (METR) (traduction libre de *Model of therapeutic engagement in rehabilitation* de Lequerica et Kortte [2010]) et du *Modèle de l'occupation humaine* (Kielhofner, 2008), qui contribuent chacun à leur manière à une meilleure compréhension de l'engagement de la personne dans le contexte de l'intervention à la suite de l'AVC. Il est à noter que dans le cadre de cet essai, les termes « engagement dans la thérapie » seront utilisés afin d'englober l'engagement dans toute thérapie incluant une intervention dans un projet de recherche comme celui-ci.

Le concept d'engagement est intégré dans quelques modèles conceptuels utilisés dans la pratique de l'ergothérapie tels que le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) (Polatajko et coll., 2008) et le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (Kielhofner, 2008). Dans le MCREO, l'engagement se définit comme l'action de prendre part à une occupation résultant de l'interaction dynamique entre la personne, l'occupation réalisée et l'environnement (Polatajko et coll., 2008). Dans le MOH, la définition de l'engagement diffère en raison des composantes cognitives et affectives qui y sont intégrées. Elle fait plutôt référence à l'action de faire, penser ou ressentir quelque chose dans un environnement donné pendant une activité (Kielhofner, 2008).

C'est un concept qui est valorisé dans la pratique de l'ergothérapie puisqu'il rejoint deux prémisses qui sont à la base de cette profession, soit que les occupations affectent la santé et le bien-être des personnes et que les occupations donnent un sens à la vie (Polatajko et coll., 2008). Ainsi, les personnes qui sont en mesure de s'engager dans leurs occupations sont susceptibles de voir leur niveau de santé et de bien-être influencé de façon positive.

3.1 Modèle de l'engagement thérapeutique en réadaptation (METR) (Lequerica et Kortte, 2010)

3.1.1 Description du modèle

Ce modèle décrit l'influence de la relation entre la personne et son environnement sur l'engagement dans la thérapie. L'engagement dans la thérapie, tel que décrit dans ce modèle sous

l'appellation d'«engagement thérapeutique» (Lequerica et Kortte, 2010), est un concept complexe résultant de l'interaction de multiples composantes provenant de la personne (ex. : sa volonté et sa capacité à participer au traitement) et de son environnement physique (ex. : disponibilité de l'équipement nécessaire à la réadaptation) et social (ex. : stimulation verbale du thérapeute). L'engagement se définit comme un effort délibéré et soutenu à travailler pour atteindre les buts de la réadaptation (Lequerica et Kortte, 2010). Il s'observe par la participation active, les efforts et la coopération avec le personnel pendant la thérapie. La participation est donc perçue comme étant une composante comportementale de l'engagement dans la thérapie. Par exemple, une personne peut participer aux activités thérapeutiques proposées par son thérapeute sans être hautement intéressée par le traitement; elle peut simplement répondre aux consignes sans s'impliquer davantage, ce qui n'indique alors pas un haut niveau d'engagement (Lequerica et Kortte, 2010).

Ce modèle propose également une définition du phénomène de la motivation permettant de faire une distinction claire entre ce concept et celui de l'engagement. La motivation est décrite comme étant l'énergie dirigée vers quelque chose alors que l'engagement est la mise en action de cette énergie. La motivation est associée avec l'initiation et le maintien de l'engagement. L'énergie pour rester engagé dans le contexte de la thérapie débiterait réellement lorsque la tâche est entamée (Lequerica et Kortte, 2010).

L'engagement dans la thérapie survient selon un processus comprenant trois phases (Lequerica et Kortte, 2010). La première phase du processus menant à l'engagement ou le désengagement est la phase préintentionnelle. Cette phase est celle de la motivation, c'est-à-dire, qu'une combinaison d'éléments provenant de la personne ou de son environnement peut ou non mener vers l'intention de s'engager dans la thérapie. Le modèle identifie trois éléments principaux provenant de la personne qui sont nécessaires pour parvenir à l'intention de s'engager : 1) la compréhension du besoin de traitement; 2) le sentiment d'efficacité personnelle (c'est-à-dire, la perception de la personne de ses capacités à réaliser avec succès les tâches reliées à la thérapie); 3) l'appréhension de résultats positifs ayant un impact sur la qualité de vie. Par exemple, si une personne présente des croyances ou attitudes négatives par rapport à ces éléments, alors le thérapeute peut donner davantage d'informations dans le but de motiver cette

personne à s'engager. La motivation est la force pouvant mener vers l'intention de s'engager. Si la personne parvient à l'intention de s'engager, elle commencera alors la deuxième phase dite de préparation à l'engagement. C'est à ce moment que l'énergie de la personne aura son influence sur le développement d'objectifs à atteindre et d'un plan de réadaptation. La communication entre la personne et son environnement social, particulièrement le thérapeute, prend alors toute son importance. En effet, la collaboration entre la personne et son thérapeute permettra de préparer des objectifs qui facilitent l'engagement dans la thérapie. La troisième et dernière phase est celle de l'action de s'engager, qui est déterminante pour le maintien ou l'arrêt de l'engagement. Cette phase est celle de la volition. C'est dans cette phase que la personne évalue si son expérience d'engagement dans la thérapie lui procure des bénéfices (ex. : sensation de réussite) ou non (ex. : sensation de frustration). Une décision de maintenir ou non l'engagement est prise à ce stade-ci selon l'évaluation faite par la personne de son expérience. Cette évaluation peut l'amener à confirmer ou rejeter certaines croyances ou attitudes entretenues au départ. La motivation est toujours un élément essentiel lors de cette phase, puisqu'elle permet le maintien de l'engagement. Il est aussi possible de faire quelques réajustements avec le thérapeute dans le but d'optimiser les bénéfices de la thérapie. Ainsi, le processus d'une personne vers l'engagement dans la thérapie débute par une phase de motivation, suivi d'une phase de préparation qui mène à la phase finale de la volition (Lequerica et Kortte, 2010).

3.1.2 Pertinence du modèle

Le METR (Lequerica et Kortte, 2010) décrit de façon précise le phénomène étudié dans la cadre de cette étude, c'est-à-dire, l'engagement dans la thérapie. En raison de son exhaustivité, ce modèle permet de bien comprendre les éléments pouvant influencer le processus de l'engagement dans une intervention ainsi que les impacts de cette intervention sur le niveau d'engagement, ce qui concorde avec les objectifs de cette recherche.

En déterminant les barrières potentielles à l'engagement, les cliniciens peuvent se réajuster et se réévaluer en cours de route dans le contexte de la thérapie, ce qui représente un grand avantage à l'utilisation de ce modèle. Ce modèle offre également aux cliniciens un outil d'évaluation complet et valide, l'échelle *Rehabilitation Therapy Engagement Scale* (Lequerica et

coll., 2006), servant à mesurer l'engagement des participants dans la thérapie. Cet outil sera utilisé et décrit dans le cadre de cet essai.

3.2 Modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2008)

3.2.1 Description du modèle

Ce modèle théorique ergothérapique, publié pour la première fois dans les années 1980 et approfondi dans quatre éditions du livre *A Model of Human Occupation: Theory and Application* (Kielhofner, 2008), fait une description détaillée de l'interaction entre l'être humain, son environnement et les occupations afin d'analyser le fonctionnement des personnes. L'occupation humaine, concept clé de ce modèle, se définit comme étant l'ensemble des activités de la vie quotidienne, de travail ou des loisirs qu'une personne réalise dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique (Kielhofner, 2008). Le MOH s'intéresse à la nature occupationnelle de l'être humain qui s'exprime, entre autres, à travers la motivation à participer aux activités et à organiser des activités sous forme de routine (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2006). Ce modèle stipule que l'interaction des différents éléments constituant l'être humain avec son environnement et ses occupations provoque un mécanisme d'adaptation occupationnelle, qui se définit comme étant la construction dans le temps des compétences d'une personne au sein de son propre environnement et la construction d'une identité positive. Ce mécanisme permet à l'être humain de se réaliser au fil du temps et des épreuves de la vie.

Le MOH promeut l'importance des composantes de l'être humain, soit la volition, l'habitation (sous forme de rôles et de routines dans les activités quotidiennes) et la capacité à fournir un rendement. En fait, il serait peu probable de faire une analyse complète de l'occupation humaine sans se pencher sur la contribution et l'interdépendance de ces trois composantes de la personne (Kielhofner, 2008). Le concept de volition est particulièrement pertinent dans le contexte de cet essai portant sur l'engagement dans la thérapie et sera le seul qui sera approfondi dans ce texte. La volition se définit comme étant la motivation permettant aux personnes d'agir dans l'environnement. Selon Kielhofner (2008), la volition est dirigée par trois sous-composantes : les déterminants personnels (ex. : perception de l'efficacité personnelle), les valeurs (ex. : importance des occupations) et les intérêts (ex. : satisfaction

retirée de certaines occupations). Ces trois sous-composantes influencent la motivation des personnes à se réaliser dans leur quotidien. La volition cherche à répondre au besoin inné d'être son propre acteur et de faire des choix précis en regard aux occupations exercées. La volition permet le changement et assure l'évolution de nos actions.

Les principes qui sous-tendent l'intervention thérapeutique selon ce modèle sont le changement et l'engagement occupationnel. En effet, le mécanisme du changement doit être bien compris pour favoriser l'intervention thérapeutique et c'est le client lui-même qui le provoque. Ce changement vise à ce que la personne s'engage dans une ou plusieurs occupations (ex. : s'habiller, cuisiner un repas, etc.). Cet engagement occupationnel doit se faire dans des occupations réelles et non artificielles qui sont significatives pour le client (Kielhofner, 2008). Ainsi, il s'avère pertinent d'utiliser ce modèle dans le cadre de cet essai afin d'étudier l'engagement dans les activités thérapeutiques.

3.2.2 Pertinence du modèle

Le modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2008) offre un cadre théorique pertinent pour comprendre le phénomène de l'engagement dans le contexte de la thérapie en raison de sa conceptualisation très approfondie de l'être humain et des liens indissociables qui sont établis avec l'occupation et l'environnement. L'importance que ce modèle accorde au concept de la volition justifie aussi le choix de ce modèle, contre tout autre modèle ergothérapique. En effet, l'engagement peut être influencé par des éléments subjectifs, à savoir l'aspect émotionnel et psychologique, et ce faisant, une telle objectivation de ce concept en enrichit sa compréhension.

La volition ou la motivation à réaliser ses activités, telle qu'illustrée aussi dans le METR de Lequerica et Kortte (2010), représente un élément important susceptible d'influencer l'engagement dans la thérapie, particulièrement dans le cadre de l'approche CO-OP où les buts visés par la thérapie prennent la forme d'activités significatives choisies par la personne. Aussi, un outil d'évaluation validé et développé à partir du modèle de l'occupation humaine, le *Volitional Questionnaire* (Chern, Kielhofner, de las Heras et Magalhaes, 1996), permet de mesurer objectivement ce concept. Enfin, le concept de l'adaptation occupationnelle proposé

dans ce modèle est aussi au cœur des objectifs des interventions en ergothérapie auprès de la clientèle ayant subi un AVC.

4. MÉTHODE

4.1 Devis

La recherche consiste en une étude de cas multiples réalisée à partir d'une analyse secondaire de données qualitatives et quantitatives (Fortin, 2010) obtenues auprès de 5 adultes ayant reçu une intervention basée sur l'approche CO-OP pour la réadaptation des fonctions exécutives post-AVC lors d'une étude antérieure (Poulin, 2014; Poulin et coll., sous presse). Les données sont des enregistrements audio-vidéo provenant de cette étude qui visait à évaluer la faisabilité et l'efficacité préliminaire de l'approche CO-OP auprès d'adultes ayant des atteintes des fonctions exécutives post-AVC.

4.2 Participants

Ce projet porte sur 5 adultes ayant subi un AVC, qui ont reçu 16 séances d'intervention d'une heure à domicile (à raison de deux séances par semaine, pendant 8 semaines) avec une ergothérapeute utilisant l'approche CO-OP. Ces participants ont été recrutés dans des centres de réadaptation de la région de Montréal et de Laval entre juillet 2011 et novembre 2012. Les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés dans le cadre du projet de recherche initial (Poulin, 2014; Poulin et coll., sous presse) sont présentés au Tableau 2 :

*Tableau 2.
Critères d'inclusion et d'exclusion des participants*

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">- Diagnostic d'accident vasculaire cérébral dans les 12 derniers mois;- Âgé de 18 ans et plus;- Déficits des fonctions exécutives identifiés par des tests neuropsychologiques ou des observations cliniques des professionnels de la santé référents;- Cote supérieure à 22/30 au Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein, et McHugh, 1975);- Vivre à domicile;- Parler français ou anglais;- Capacité à identifier des difficultés de la vie de tous les jours sur lesquelles baser des objectifs de réadaptation.	<ul style="list-style-type: none">- Antécédents de problèmes psychiatriques graves;- Problème de langage important identifié par une cote inférieure à 4 sur les items de communication de la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) indiquant un besoin d'assistance modéré, maximal ou total (Granger, Hamilton, Keith, Zielezny, et Sherwins, 1986);- Antécédents de condition neurologique incluant la maladie d'Alzheimer, la sclérose en plaques ou la maladie de Parkinson;- Incapacité à consentir de façon libre et éclairée.

4.3 Collecte des données

Les données nécessaires à l'analyse secondaire ont été recueillies par l'étudiante chercheuse, à partir des enregistrements audio-vidéo des séances, à l'aide de deux grilles d'observation du phénomène de l'engagement issues des modèles théoriques du cadre conceptuel de cette étude. Ces deux grilles sont : l'échelle *Rehabilitation Therapy Engagement Scale* (Lequerica et coll., 2006) et le *Volitional Questionnaire* (Chern et coll., 1996). L'étudiante chercheuse a observé et évalué l'engagement des participants dans l'intervention CO-OP au cours de cinq séances se situant lors de la première semaine d'intervention, puis au quart, à la moitié et aux trois quarts des séances d'intervention et, enfin, lors de la dernière semaine d'intervention.

4.3.1 Rehabilitation Therapy Engagement Scale (Lequerica et coll., 2006)

L'échelle *Rehabilitation Therapy Engagement Scale* (Lequerica et coll., 2006) inclut 18 items mesurant l'engagement de la personne dans ses thérapies (ex. : sa tolérance à la frustration, son optimisme relativement à son rétablissement, sa détermination par rapport à un défi, etc.). Chaque item est coté sur une échelle ordinale de 0 à 3, avec un score total maximal de 54. La cote 0 signifie qu'un problème majeur est présent au niveau de l'engagement, la cote 1 signifie qu'il y a un problème mineur, la cote 2 signifie que l'engagement pourrait être meilleur et que la personne se situe sous son potentiel optimal et la cote 3 qualifie un engagement idéal. Les cotes sont alors additionnées et, plus le score total est élevé meilleur est l'engagement. L'outil indique qu'un grand nombre de cotes de 2 ou 3 qualifie un engagement comme étant «fonctionnel». L'échelle *Rehabilitation Therapy Engagement Scale* a démontré une cohérence interne élevée et ses scores se sont avérés un prédicteur de la récupération fonctionnelle chez une clientèle ayant subi une lésion cérébrale acquise (Lequerica et coll., 2006).

4.3.2 Volitional Questionnaire (Chern et coll., 1996)

Le *Volitional Questionnaire* (Chern et coll., 1996) a également été utilisé pour structurer les observations et évaluer l'engagement et la motivation des participants lors des séances d'intervention. Le *Volitional Questionnaire* (Chern et coll., 1996) inclut 14 items mesurant la motivation et l'engagement de la personne dans ses occupations (faisant aussi référence au concept de « volition » dans cet outil). Chaque item est coté sur une échelle descriptive du

comportement de l'individu allant de passif (cote=1), hésitant (cote=2), engagé (cote=3) à spontané (cote=4). La cotation est déterminée selon le besoin de soutien, de structure et d'encouragement nécessaire pour que l'individu accomplisse chacun des items du *Volitional Questionnaire* (Chern et coll., 1996). Par exemple, l'individu est évalué comme étant passif s'il n'accomplit pas les comportements propres aux 14 items, et ce même avec du soutien, de la structure et des encouragements. L'individu sera évalué comme étant spontané si, au contraire, il accomplit les comportements propres aux 14 items, et ce sans présence de soutien, de structure et d'encouragements. Le *Volitional Questionnaire* (Chern et coll., 1996) s'interprète sur un continuum de développement de la volition ayant trois niveaux. Le premier niveau est celui de l'exploration où l'individu a le désir de s'engager dans son environnement dans les situations à faibles risques. Le deuxième niveau est celui de la compétence où l'individu interagit et influence activement son environnement afin de mettre en pratique ses talents et de performer. Le dernier niveau est celui de l'accomplissement où l'individu cherche à augmenter ses capacités dans les tâches difficiles et à performer avec succès. Cet outil possède une bonne validité pour mesurer la motivation et l'engagement de la personne dans ses occupations (Chern et coll., 1996).

4.4 Analyse des données

Des analyses statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les participants de cette étude (ex. : âge, sexe, nombre de mois post-AVC). Pour répondre au premier objectif de cette étude, l'évolution de l'engagement des participants au fil des séances, telle que documentée à partir des cotations du *Rehabilitation Therapy Engagement Scale* (Lequerica et coll., 2006) ainsi que du *Volitional Questionnaire* (Chern et coll., 1996), a été analysée à l'aide d'analyses statistiques descriptives, dont les résultats sont aussi présentés sous forme de graphiques. Afin de vérifier le processus de cotation, des discussions ont eu lieu avec la directrice de recherche. Les différences entre les résultats ont été discutées et des réajustements ainsi que des clarifications ont été apportés au besoin.

Pour répondre au deuxième objectif de cette étude, les observations effectuées et les notes prises par l'étudiante chercheuse lors de l'analyse des enregistrements audio-vidéo ont aussi été analysées de façon qualitative afin d'explorer les facteurs influençant l'engagement des participants dans la thérapie. Également, les journaux de bord remplis par la thérapeute de l'étude initiale de Poulin (2014), après chaque séance d'intervention auprès des participants, ont été utilisés pour enrichir les observations. L'analyse qualitative des observations et des notes de l'étudiante chercheuse ainsi que des journaux de bord de la thérapeute (soit V. Poulin) a été guidée par le *Modèle de l'engagement thérapeutique en réadaptation* (Lequerica et Kortte, 2010) et par le *Modèle de l'occupation humaine* (Kielhofner, 2008). Cette analyse a été effectuée en suivant une approche d'analyse de contenu (Fortin, 2010) afin de faire ressortir les principaux thèmes en lien avec les éléments influençant l'engagement des participants dans les interventions.

4.5 Considérations éthiques

Un certificat éthique a été obtenu auprès du Comité d'éthique de la recherche des établissements du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain afin de procéder à l'analyse des vidéos des interventions reçues par 5 participants lors d'une étude réalisée antérieurement dans le cadre du doctorat de Valérie Poulin. Le numéro de ce certificat est le CRIR-573-0111. Un certificat éthique a également été émis par le comité éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) dont le numéro est le CER-15-213-07.22. Mentionnons que le consentement écrit des participants a déjà été obtenu dans le cadre du projet de doctorat de Valérie Poulin. Ils avaient tous consenti à l'utilisation des vidéos aux fins de recherche lors de la signature du formulaire de consentement.

Toutes les mesures nécessaires ont été prises pour assurer la protection des données à caractère personnel et pour réduire les risques à cet effet. Pour ce faire, les enregistrements audio-vidéo demeurent conservés sur un ordinateur protégé par des mots de passe ainsi que sur une clé encryptée avec un mot de passe. Les autres données liées à la recherche sont également conservées sur un ordinateur protégé par des mots de passe. La clé USB encryptée et les documents liés à la recherche sont conservés dans un classeur sous clé dans le bureau de Valérie Poulin, à l'UQTR. De plus, pour protéger l'identité et assurer la confidentialité du participant,

chaque vidéo est identifiée à l'aide d'un code numérique de sorte que le nom de la personne ou toute autre information personnelle n'y apparaissent pas.

5. RÉSULTATS

Cette section présente la description des caractéristiques des participants de l'étude ainsi que les résultats obtenus à la suite de l'analyse des enregistrements audio-vidéo visant à explorer l'engagement de ces derniers dans la thérapie basée sur l'approche CO-OP. Au total, cinq enregistrements audio-vidéo se situant sur le continuum des interventions (c'est-à-dire, lors des séances initiales et finales ainsi que lors des séances se situant au quart, à la moitié et aux trois quarts des interventions) de chaque participant ont été analysés. Les résultats cherchent à répondre aux deux objectifs spécifiques de cette étude qui sont de : 1) déterminer comment l'engagement évolue au fil de la thérapie; 2) identifier quels sont les facteurs qui contribuent à augmenter ou limiter l'engagement du client dans la thérapie.

5.1 Description des participants

Le Tableau 3 présente les caractéristiques sociodémographiques des cinq participants de l'étude.

*Tableau 3.
Description des participants*

Caractéristiques	P1	P2	P3	P4	P5
Âge (ans)	50	39	49	73	34
Sexe	homme	femme	femme	homme	homme
Nombre de mois post-AVC	7,5	10	3,5	4,5	5
Côté de l'AVC	droit	droit	gauche	gauche	gauche
Type d'AVC	hémorragie	hémorragie	hémorragie	hémorragie	ischémie
Années de scolarité	13	16	11	17	14
Score MMSE (/30)	27	30	27	28	28

L'échantillon est composé de trois hommes et de deux femmes. L'âge des participants varie de 34 à 73 ans, pour un âge moyen de 49 ans. Le nombre d'années de scolarité des participants s'étend de 11 à 17 années, pour une moyenne de 14 années. Entre 3,5 et 10 mois s'étaient écoulés depuis l'AVC des participants, pour une période moyenne de 6 mois post-AVC. Tous les participants présentaient des déficits des fonctions exécutives identifiés par des tests neuropsychologiques ou des observations cliniques des professionnels de la santé référents (Poulin, 2014; Poulin et coll., sous presse).

5.2 Évolution de l'engagement des participants dans la thérapie

5.2.1 Évolution de l'engagement mesurée avec l'échelle *Rehabilitation Therapy Engagement Scale* (Lequerica et coll., 2006)

La figure 1 présentant l'évolution de l'engagement des cinq participants dans la thérapie mesurée avec l'échelle *Rehabilitation Therapy Engagement Scale* (Lequerica et coll., 2006) est disponible à l'annexe C. Les résultats obtenus suggèrent que sur les cinq participants, quatre d'entre eux (P1, P3, P4 et P5) présentent une amélioration de leur niveau d'engagement dans la thérapie au fil des séances. Au minimum, l'engagement dans la thérapie de ces participants s'est amélioré de cinq points (P3). L'amélioration maximale mesurée, quant à elle, est de neuf points (P4). Ainsi, pour ces quatre participants, l'amélioration varie entre cinq et neuf points sur l'échelle de 0 à 54 de l'outil. Ces améliorations ont été notées plus spécifiquement entre le début et le trois quarts des interventions, avec ensuite un maintien de l'engagement pendant le dernier quart du programme d'intervention.

La deuxième participante (P2) présente plutôt une diminution de son niveau d'engagement dans la thérapie s'observant à partir de la moitié des séances d'intervention jusqu'à la fin de celles-ci. La diminution de l'engagement de ce participant est d'un total de six points à partir de la moitié des interventions. Cette diminution s'inscrit à la suite d'une amélioration de six points entre le début et le quart des interventions. La participante retrouve donc son niveau initial d'engagement dans la thérapie.

5.2.2 Évolution de l'engagement mesurée avec le Volitional Questionnaire (Chern et coll., 1996)

La figure 2 présentant l'évolution de l'engagement des cinq participants dans la thérapie mesurée avec le *Volitional Questionnaire* (Chern et coll., 1996) est disponible à l'annexe D. Cette figure permet de refléter les mêmes tendances que celles retrouvées dans la figure 1, c'est-à-dire que les mêmes quatre participants démontrent une amélioration du concept de volition alors qu'un des participants démontre une diminution. Toutefois, l'interprétation de cet outil diffère de celle de l'outil précédent.

Parmi les quatre participants démontrant une amélioration sur le plan de la volition, mesurée avec le *Volitional Questionnaire* (Chern et coll., 1996), trois d'entre eux présentent une évolution identique (représentée par la ligne verte sur la figure 2). Les trois participants (P1, P4 et P5) avaient un niveau initial qualifié d' «engagé» qui a évolué vers un niveau final qualifié de «spontané». L'autre participante (P3), quant à elle, avait un niveau initial qualifié d' «hésitante» qui a évolué vers un niveau final qualifié d' «engagée». La deuxième participante (P2) présente une diminution du concept de la volition ayant évolué d'un niveau initial qualifié d' «hésitante» vers un niveau final qualifié de «passive».

Ainsi, l'évolution des participants sur le continuum du développement volitionnel (c'est-à-dire, exploration, compétence, accomplissement) (Chern et coll., 1996) diffère entre eux. Le niveau de développement volitionnel s'est amélioré de façon similaire pour trois participants (P1, P4 et P5), passant de la compétence à l'accomplissement. La troisième participante, quant à elle, est restée sur le même niveau de développement volitionnel, celui de la compétence, malgré sa légère amélioration dans les cotations. La deuxième participante a quant à elle débuté avec un niveau de compétence et a régressé vers un niveau d'exploration sur le continuum du développement volitionnel.

5.2.3 Observations qualitatives en regard de l'évolution de l'engagement

Lors de l'analyse des enregistrements audio-vidéo et des notes de la thérapeute offrant l'intervention, il a été possible d'observer que plusieurs participants eux-mêmes ainsi que leurs proches constataient une évolution positive de leur engagement général dans les tâches de la vie quotidienne. Par exemple, le premier participant (P1) se disait très satisfait et fier de ses

apprentissages. Il rapportait être beaucoup plus engagé qu'avant dans son quotidien : «Avant j'avais beaucoup d'hésitation à réaliser seul les activités de la vie quotidienne, mais ce programme m'a aidé à gagner de la confiance et de la détermination.»[traduction libre]. Aussi, lors de la seizième séance d'intervention du cinquième participant, la conjointe de celui-ci mentionne spontanément au thérapeute comment il s'améliore dans son implication quotidienne dans les tâches familiales : «Le cartable rouge, ça lui a donné de l'initiative, ça lui a donné des objectifs, [...], il fait tout à la maison maintenant». Même pour la deuxième participante, pour qui une diminution de son niveau d'engagement dans la thérapie a été mesurée lors de l'analyse des enregistrements audio-vidéo, une amélioration de son engagement dans son quotidien par rapport à certains de ses objectifs a été relatée. En effet, celle-ci rapporte avoir de meilleures relations avec ses enfants et être davantage en mesure de planifier les activités familiales : «Je remarque que je me fâche moins souvent en présence de mes enfants. Je fais plus d'activités avec eux comme cette semaine, nous avons regardé un film à la maison» [traduction libre]. Ainsi, même si cette participante n'était pas engagée à son plein potentiel lors des interventions, celle-ci en a retiré des bénéfices au niveau de l'évolution de certains objectifs significatifs personnels.

5.3 Facteurs pouvant influencer l'engagement

La recherche visait également à explorer les facteurs qui contribuent à augmenter ou limiter l'engagement du client dans la thérapie. Ces facteurs pouvaient être en lien avec la personne, l'environnement ou l'occupation dans le contexte de la thérapie ainsi qu'avec les diverses composantes des modèles théoriques décrites dans le cadre conceptuel de cette étude. Les facteurs facilitants et limitants identifiés proviennent des observations et notes prises par l'étudiante chercheuse lors de l'analyse des enregistrements audio-vidéo ainsi que des notes de la thérapeute (V. Poulin). Le tableau 4 présente un résumé des facteurs facilitants et limitants identifiés par cette étude. Les facteurs sont ensuite décrits plus en détail dans cette section.

Tableau 4.
Facteurs influençant l'engagement dans la thérapie

Facteurs pouvant favoriser l'engagement	Facteurs pouvant limiter l'engagement
<p align="center"><u>Personne</u></p> <p>Bonnes capacités en lien avec les tâches de la thérapie (ex. : attention soutenue, rédaction)</p> <p>Grande motivation à atteindre les buts choisis (ex. : efforts mis en dehors des heures de thérapie)</p> <p>Sentiment d'efficacité personnelle face à la réalisation des activités choisies</p> <p>Importance accordée aux rôles sociaux</p> <p align="center"><u>Environnement</u></p> <p><u>Physique</u> : réaliser la thérapie à domicile et cahier de soutien à la planification des objectifs personnels</p> <p><u>Social</u> : confiance, rétroactions positives et délégation de responsabilités de la part des proches aidants; questions, suggestions et encouragements de la thérapeute</p> <p align="center"><u>Occupation</u></p> <p>Importance des buts significatifs</p> <p>Succès vécus dans l'amélioration de la performance dans les activités de la vie quotidienne (ex. : habillage, cuisine, etc.)</p>	<p align="center"><u>Personne</u></p> <p>Capacités limitées à maintenir son attention, fatigabilité, difficultés de mémorisation</p> <p>Faible compréhension du besoin de réadaptation et de soutien</p> <p>Faible motivation à investir des efforts dans l'accomplissement de certains buts fixés initialement en raison de changements de priorités au fil du temps</p> <p align="center"><u>Environnement</u></p> <p><u>Physique</u> : distractions (ex. : chien qui jappe, quelqu'un sonne à la porte)</p> <p><u>Social</u> : surcompensation du proche aidant dans le quotidien</p> <p align="center"><u>Occupation</u></p> <p>Buts fixés trop difficiles ou longs à atteindre</p> <p>Autres responsabilités qui limitent le temps et l'énergie disponibles pour la thérapie</p>

5.3.1 Facteurs pouvant favoriser l'engagement dans la thérapie

5.3.1.1 Facteurs en lien avec la personne

Sur le plan des facteurs relevant de la personne, il a été possible d'identifier certains des éléments clés des deux modèles théoriques du cadre conceptuel de cette étude. En ce qui a trait au *Modèle de l'engagement thérapeutique en réadaptation* (Lequerica et Kortte, 2010), il a été observé que les participants présentant la capacité de participer activement aux différentes tâches de la thérapie, et plus particulièrement de réaliser la tâche de rédaction de leurs buts dans un cahier, étaient favorisés. En effet, les participants qui présentaient les capacités physiques et cognitives pour compléter et utiliser de manière autonome un cahier de soutien résumant leurs buts fixés et leurs plans (ou stratégies) élaborés lors de la thérapie démontraient un plus grand

engagement. C'était le cas notamment de P5 qui utilisait son cahier sans besoin de consignes de la part de la thérapeute vers la fin des interventions. Lorsque les clients n'étaient pas en mesure de prendre eux-mêmes les notes pendant la thérapie (par exemple pour P3), la thérapeute devait l'écrire pour eux ce qui ne facilitait pas l'utilisation autonome du cahier de soutien à long terme. Ensuite, les participants qui présentaient une grande motivation à s'engager et à atteindre des buts significatifs démontraient également une plus grande propension à exécuter les plans et objectifs en dehors des heures de thérapie, ce qui a été observé entre autres chez les participants 1 et 5. Cette attitude pouvait s'expliquer entre autres par un bon sentiment d'efficacité personnelle comme l'a exprimé P1 : «Je sais que je suis capable, il faut seulement que je planifie et que je me mette en action». Chez P5, la croyance que l'atteinte des buts allait mener à une meilleure qualité de vie pouvait aussi être l'explication de cette grande motivation telle qu'il l'a exprimée : «Je ne veux pas rester à ne rien faire à la maison». En ce qui a trait au modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2008), il a été observé à plusieurs reprises lors de l'analyse des enregistrements audio-vidéo à quel point l'importance qu'un participant accorde à ses rôles sociaux avait un effet bénéfique sur l'engagement dans la thérapie. En effet, les participants qui démontraient une fierté à montrer leurs réussites à leur conjoint, à leurs enfants et même à la thérapeute, semblaient plus engagés. Ces participants trouvaient important d'être de bons conjoints, de bons parents et de bons clients. Cette attitude aidait à reconnaître leurs accomplissements et à chercher ensuite à créer de nouveaux buts.

5.3.1.2 Facteurs en lien avec l'environnement

L'environnement physique et social (Kielhofner, 2008; Lequerica et Kortte, 2010) des participants a également agi comme un facteur pouvant augmenter l'engagement dans la thérapie. Tout d'abord, le fait de réaliser la thérapie au domicile des participants est apparu comme un facteur facilitant l'engagement de ceux-ci dans la thérapie en raison, entre autres, de la disponibilité du matériel nécessaire à la réalisation de certains objectifs personnels (ex. : éplucher les patates, mettre une cravate). Ensuite, le cahier de soutien servant à la planification des objectifs personnels des participants a également favorisé leur engagement puisqu'ils pouvaient s'y fier tout au long des séances d'intervention pour se remémorer leurs plans et leurs objectifs personnels. Il a aussi été observé dans les notes de la thérapeute que plusieurs participants mentionnaient avoir l'intention de continuer d'utiliser les cahiers de soutien servant

à la planification des objectifs personnels des participants après la fin des interventions. De plus, il a été constaté à plusieurs reprises chez tous les participants à l'étude que l'environnement social pouvait avoir un impact important sur l'engagement des participants dans la thérapie. En effet, les suggestions de la thérapeute avaient régulièrement une forte influence sur la mise en action des participants, et ce même si ces suggestions étaient sous la forme de questions permettant à la personne de découvrir par elle-même les solutions à son problème (ex. : quels sont vos plans pour réussir ce but? quelles sont vos échéances?). Les proches aidants ont également joué un rôle important lorsqu'ils faisaient preuve d'une plus grande confiance envers la personne (ex. : laisser la personne seule dans le cas de P1) et qu'ils déléguaient davantage de responsabilités à la maison (ex. : planifier les repas de la semaine dans le cas de P3 et P5). De plus, la perception positive de l'environnement social immédiat à l'égard des accomplissements d'un participant avait une grande influence sur le niveau d'engagement. Par exemple, le participant 1 qui parle à sa conjointe à quelques reprises lors des différentes séances d'intervention pour lui dire : «Regarde, j'ai réussi!» retirait de la satisfaction des rétroactions positives de sa conjointe.

5.3.1.3 Facteurs en lien avec l'occupation

L'occupation, une composante-clé du modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2008), a aussi joué une influence positive sur l'engagement de plusieurs participants dans la thérapie, particulièrement le premier participant (P1). Ce participant avait établi des buts significatifs qu'il pratiquait directement pendant les séances de thérapie et pour lesquels il est devenu de plus en plus rapide et efficace dans l'exécution. Les succès vécus dans l'amélioration de la performance occupationnelle dans les activités de la vie quotidienne ont ainsi positivement influencé son engagement au fil de l'intervention CO-OP. Par exemple, au quart des interventions, P1 était incapable de réaliser un nœud de cravate par lui-même avec enseignement alors qu'aux trois quarts des interventions, il pouvait réaliser cette tâche sans enseignement, ce qui le motivait significativement. De plus, cet objectif était important pour lui, car il portait une cravate à chaque semaine lors de rencontres au sein de sa communauté religieuse.

5.3.2 Facteurs pouvant limiter l'engagement dans la thérapie

5.3.2.1 Facteurs en lien avec la personne

Plusieurs facteurs contribuant à diminuer l'engagement des participants dans la thérapie ont également été identifiés lors de l'analyse des enregistrements audio-vidéo. Sur le plan des facteurs relevant de la personne, il a été possible d'identifier des éléments clés relevant du *Modèle de l'engagement thérapeutique en réadaptation* (Lequerica et Kortte, 2010). En effet, il a été observé que les personnes présentant certaines limites au niveau de la capacité à maintenir leur attention pendant toute une séance de thérapie (ex. : P2), de la fatigabilité (ex. : P1) ou des problèmes à mémoriser les informations ou consignes (ex. : P3) éprouvaient plus de difficultés à demeurer engagées activement dans les diverses activités des interventions. Par exemple, une participante (P3) a décrit à quelques reprises à quel point elle oubliait les tâches qu'elle avait l'habitude de faire normalement à la maison ou bien les devoirs qu'elle souhaitait faire en dehors des heures de thérapie, ce qui faisait en sorte qu'elle n'arrivait pas à se mettre en action et à s'engager pleinement dans son quotidien. D'ailleurs, chez cette même participante, il a été possible de noter une faible compréhension du besoin de réadaptation et de soutien, tel que souligné également dans les notes de la thérapeute. En effet, cette participante entretenait la croyance que sa mémoire et sa capacité à planifier allaient récupérer spontanément au fil du temps plutôt que d'être le fruit de ses efforts en réadaptation. Évidemment, cette croyance ne favorisait pas un engagement optimal chez cette participante qui ne voyait pas la nécessité réelle de sa réadaptation et de l'utilisation de stratégies compensatoires dans son quotidien. Chez la deuxième participante (P2), pour qui l'évolution de l'engagement a diminué durant les interventions CO-OP, tel qu'illustré précédemment dans la section 5.2, il a été constaté que celle-ci ne percevait pas tirer des bénéfices à investir du temps et des efforts dans l'accomplissement de certains buts fixés initialement pour changer sa qualité de vie en raison de changements dans ses priorités au fil du temps. Cela s'illustre principalement par le manque d'effort pendant et en dehors des séances d'intervention, mais aussi par des propos exprimant une envie que les choses restent telles qu'elles le sont pour certains aspects de son quotidien. Par exemple, cette participante exprimait : «Je n'ai pas été seule à l'épicerie cette semaine, car quelqu'un vient me porter et ça va bien comme ça».

5.3.2.2 Facteurs en lien avec l'environnement

L'environnement physique et social (Kielhofner, 2008; Lequerica et Kortte, 2010) des participants s'est également avéré un facteur pouvant limiter l'engagement dans la thérapie. Tout d'abord, il est arrivé à quelques reprises lors de l'analyse des enregistrements audio-vidéo que certaines distractions de l'environnement nuisent à l'engagement des participants dans la thérapie. Par exemple, un chien qui jappe fréquemment, une laveuse bruyante en marche ou quelqu'un qui sonne à la porte, étaient des éléments qui pouvaient interrompre des conversations importantes et l'établissement de plans d'action pour l'atteinte des objectifs. De plus, dans l'environnement social, un facteur ayant été observé chez plusieurs participants comme étant nuisible au début des interventions était la surcompensation du proche aidant dans le quotidien. En effet, plusieurs participants considéraient que de demander de l'aide était un plan efficace pour résoudre leurs problèmes (ex. : P1, P3) et certains proches aidants avaient tendance à apporter rapidement de l'aide dès que la personne éprouvait une difficulté sans lui permettre de rechercher elle-même une solution (ex. : P1). Ces attitudes ne favorisaient pas l'engagement autant dans la thérapie que dans les activités de la vie quotidienne chez ces personnes. Cette situation a toutefois évolué positivement vers un désir de reprendre son autonomie pour la majorité des participants à l'étude.

5.3.2.3 Facteurs en lien avec l'occupation

L'occupation a aussi joué occasionnellement un rôle d'influence négative sur l'engagement de certains participants dans la thérapie, particulièrement la deuxième participante pour qui les priorités et l'importance accordée à certains buts fixés initialement ont changé au fil du temps. En fait, d'autres responsabilités familiales additionnelles s'ajoutant aux tâches et aux devoirs en lien avec la thérapie ont affecté l'investissement de cette participante. Par exemple, P2 était très occupée par la fin des classes de ses filles dû à la préparation d'un spectacle de fin d'année vers la fin des thérapies et a donc décidé de prioriser l'investissement de son temps dans cette activité. De plus, dans les notes de la thérapeute, il a été constaté que le but personnel d'aller à l'épicerie seule, qui n'a jamais été atteint pendant la durée de la thérapie, n'était pas le but réellement souhaité. En fait, la participante souhaitait simplement être capable de se rendre seule dans un lieu public. Il a été également constaté que les buts personnels fixés dont le niveau de difficulté était très élevé ou qui devaient être travaillés à plus long terme ne facilitaient pas l'engagement des participants dans la thérapie, comme c'est le cas d'un but tel que d'améliorer la

relation avec les enfants dans le cas de P2. Ce but avait toutefois été raffiné au fil des séances afin de favoriser l'engagement de la participante. Par exemple, le but est devenu, entre autres, d'appliquer chaque semaine au moins une stratégie pour gérer ses comportements en lien avec la colère et l'impatience avec ses enfants.

6. DISCUSSION

6.1 Évolution de l'engagement dans la thérapie

Cette étude de cas multiples réalisée à partir d'une analyse secondaire de données qualitatives et quantitatives obtenues auprès de 5 participants (Poulin, 2014; Poulin et coll., sous presse) visait à explorer l'engagement dans la thérapie chez les adultes présentant des atteintes des fonctions exécutives à la suite d'un AVC et participant à des interventions basées sur l'approche CO-OP. Plus spécifiquement, l'un des objectifs était de déterminer comment l'engagement évolue au fil de la thérapie en utilisant deux grilles d'observation de l'engagement. Quatre participants ont obtenu une évolution positive de leur niveau d'engagement dans la thérapie alors que l'engagement d'une participante s'est initialement amélioré pour ensuite diminuer à partir du quart des interventions. L'évolution mesurée avec les deux grilles d'observation de l'engagement a été très similaire. Seule l'interprétation des résultats présente quelques différences entre les deux outils puisque les termes et les critères utilisés par ceux-ci pour décrire le niveau d'engagement diffèrent légèrement. Aussi, le *Volitional Questionnaire* (Chern et coll., 1996) offre un certain avantage en raison de la présence de critères de cotation détaillés, expliqués dans un guide joint à cet outil, permettant de différencier plus aisément les niveaux d'engagement des personnes. En comparaison, le *Rehabilitation Therapy Engagement Scale* ne contient aucun autre document que la grille d'évaluation elle-même, qui demeure simple et faisable à utiliser, mais peut potentiellement donner lieu parfois à une plus grande subjectivité de la part de l'évaluateur. En somme, la présente étude a ainsi permis de confirmer la faisabilité d'utiliser ces deux grilles d'observation pour évaluer l'engagement dans la thérapie avec des mesures répétées auprès de clients présentant des atteintes cognitives consécutives à un AVC. Tel que suggéré par Lequerica et ses collaborateurs (2010), le fait de documenter l'évolution de l'engagement d'un participant dans la thérapie a plusieurs utilités, notamment pour vérifier l'efficacité de ladite intervention (Lequerica et coll, 2010). Il peut donc s'avérer pertinent pour les cliniciens d'utiliser des grilles d'observation de l'engagement avec des mesures répétées afin de s'assurer de l'efficacité des interventions et du développement optimal de l'engagement au fil de la thérapie.

Les résultats obtenus concernant l'évolution positive de l'engagement des participants de la présente étude tendent à corroborer ceux d'autres études. Dans les écrits scientifiques, il existe

une étude de cas (Skidmore et coll., 2011) ayant documenté l'évolution de l'engagement dans la thérapie chez un participant adulte ayant subi un AVC et participant à des interventions basées sur l'approche CO-OP. Cette étude a décrit l'engagement et le fonctionnement dans les activités quotidiennes d'un patient présentant des atteintes cognitives (dont les fonctions exécutives) et motrices en phase aiguë à la suite d'un AVC. L'évolution de l'engagement dans la thérapie était mesurée avec le *Pittsburg Rehabilitation Participation Scale* (Lenze et coll., 2004). En plus d'avoir amélioré significativement sa performance dans presque tous ses buts personnels mesurée à l'aide de la MCRO, le niveau d'engagement dans la thérapie du participant a évolué d'une cotation de « engagement dans la plupart des activités sans fournir d'effort maximal ni terminer les tâches avec grand besoin d'encouragement » à « engagement dans toutes les activités avec effort maximal, finit les tâches et suit les directives passivement » (Skidmore et coll., 2011). De plus, les témoignages positifs des participants et des familles recueillis dans la présente étude par rapport à l'évolution de l'engagement des personnes dans la thérapie et dans les activités de la vie quotidienne sont aussi corroborés par l'étude de Skidmore et ses collaborateurs (2011) ainsi que l'étude qualitative de McEwen et ses collaborateurs (2010b). Dans l'étude de Skidmore et ses collaborateurs (2011), la femme du patient a constaté une grande différence dans la vie de son mari grâce à cette approche puisqu'il était en mesure de reprendre le contrôle de sa vie (Skidmore et coll., 2011). Dans l'étude de McEwen et ses collaborateurs (2010b), les participants ont aussi expliqué qu'ils étaient amenés à augmenter leur autonomie, à augmenter leur désir de créer de nouveaux buts et à être davantage engagés en raison de la participation active requise par l'approche CO-OP. Ces constats faits par les proches et les participants sont cohérents avec les diverses composantes de l'approche CO-OP comme le principe de la découverte guidée, qui vise à ce que le participant soit guidé pour réaliser par lui-même la résolution des problèmes rencontrés lorsqu'il tente d'atteindre ses objectifs personnels.

Néanmoins, le fait qu'un des cinq participants de notre étude ait démontré une évolution moins favorable de son niveau d'engagement dans la thérapie comparativement aux autres amène à considérer spécifiquement les facteurs pouvant favoriser ou limiter l'engagement.

6.2 Facteurs influençant l'engagement des participants

Le second objectif de la présente recherche visait spécifiquement à explorer les facteurs qui contribuent à augmenter ou limiter l'engagement du client dans la thérapie. Des facteurs en lien avec la personne, l'environnement et l'occupation dans le contexte de la thérapie ont été identifiés par cette étude. L'identification de ces facteurs illustre à quel point il s'agit d'un processus qui est unique à chaque personne. En effet, une variété de facteurs peuvent affecter négativement ou positivement l'engagement, tel que documenté dans l'étude de Lequerica et ses collaborateurs (2009). Suite aux entrevues menées avec 199 physiothérapeutes et ergothérapeutes américains, cette étude a identifié dix facteurs limitant l'engagement dans la thérapie. Ces facteurs sont : 1) l'anxiété causée par une surcharge de responsabilités; 2) des inquiétudes par rapport à l'avenir ou des problèmes familiaux; 3) les effets secondaires de la médication (ex. : étourdissements); 4) la surcompensation ou distraction des proches aidants; 5) la présence de comorbidités (ex. : constipation, incontinence); 6) le manque de ressources (ex. : financières, soutien social, éducation); 7) une mauvaise gestion de la douleur; 8) certaines croyances culturelles (ex. : barrière de la langue, traditions particulières); 9) la présence d'incapacités cognitives (ex. : démence, confusion, aphasie, capacités attentionnelles limitées); et 10) la présence de compensations financières liées à un accident de travail (ex. : litige avec l'employeur).

Plusieurs des facteurs recensés dans l'étude de Lequerica et ses collaborateurs (2009) ont été identifiés dans la présente étude dont l'anxiété causée par une surcharge de responsabilités familiales pour P2 en raison de la fin de l'année scolaire de ses deux enfants qui participaient à un spectacle de fin d'année. Des facteurs en lien avec la surcompensation ou la surprotection par les proches aidants ont également été observés, particulièrement chez P1. De plus, une limitation de l'engagement liée à la présence d'incapacités cognitives a aussi été observée, notamment chez P3. Il est aussi possible que d'autres facteurs furent présents chez les participants, mais n'ont pu être détectés en raison du fait que l'accès au dossier médical et aux entrevues initiales avec les participants n'étaient pas disponible dans le cadre de cette étude.

Ainsi, il est possible de constater à quel point il existe une très grande variété de facteurs pouvant influencer les individus, ce qui explique la différence de niveau d'engagement dans la

thérapie observée entre les cinq participants de ce projet. Cela justifie d'autant plus l'importance que les professionnels de la santé en réadaptation soient en mesure de reconnaître ces facteurs afin de mieux agir lors des interventions. Afin de reconnaître les facteurs influençant l'engagement dans la thérapie, il est important de se baser sur des modèles théoriques rigoureux et scientifiquement reconnus. À cet effet, le METR revêt une utilité potentielle puisqu'il permet l'analyse des diverses phases de l'engagement afin d'offrir de meilleures pistes d'intervention (Lequerica et Kortte, 2010). Par exemple, il est suggéré dans l'étude de Lequerica et Kortte (2010) qu'étant donné que les personnes présentant des incapacités cognitives en phase aiguë d'un AVC sont plus à risque de voir leur motivation diminuée, il est important de répéter à chaque séance d'intervention les raisons d'être de la thérapie et les bénéfices qui en seront retirés. Cela s'explique notamment par le fait que des problèmes de mémoire peuvent entraîner une difficulté à comprendre le besoin de réadaptation diminuant ainsi la volonté de s'engager pendant la phase pré-intentionnelle (Lequerica et Kortte, 2010). Ainsi, le processus de l'engagement dans la thérapie pourrait nécessiter plus de temps et de soutien pour des personnes présentant des incapacités cognitives suite à AVC, et ce peu importe la phase de récupération, afin d'obtenir un plus grand impact sur l'atteinte des objectifs personnels fonctionnels des personnes. Cela aurait même avantage à s'échelonner au-delà de la durée de la présente étude qui était de huit semaines seulement.

Le MOH (Kielhofner, 2008) peut également être utile pour favoriser une meilleure compréhension du processus d'engagement, tel qu'expliqué en définissant le cadre conceptuel de cette étude. En effet, ce modèle théorique ergothérapique, malgré son utilité d'analyse de l'occupation humaine au sens large, peut être utilisé à plus petite échelle dans le but de comprendre ce qui influence l'engagement dans la thérapie d'une personne, tel que cela a été effectué dans cette étude. Le MOH utilise et explique des concepts qui sont étroitement liés à ceux du METR, soit les concepts de motivation et de volition, permettant ainsi une meilleure compréhension de l'engagement. Ces concepts font partie intégrante du processus menant vers l'engagement de l'être humain dans ses occupations, que ce soit dans sa vie quotidienne ou plus spécifiquement lors de la thérapie.

6.3 Forces et limites de l'étude

6.3.1 Forces

Les forces de cette étude résident entre autres dans la triangulation des données existantes entre les deux outils d'évaluation ainsi que les observations de l'étudiante et les journaux de bord de la thérapeute. Le fait d'utiliser deux outils d'évaluation différents permet de donner de la validité aux mesures de l'engagement puisque celles-ci concordent entre elles. Ceci étant dit, l'ergothérapeute clinicien peut se limiter à un seul outil pour évaluer l'engagement dans la thérapie de son client. Une autre force de cette étude est que le phénomène de l'engagement dans la thérapie a été peu exploré dans le domaine de la santé physique, ce qui permet de contribuer au développement des connaissances et à réduire cette lacune actuelle dans la recherche.

6.3.2 Limites

Une des limites de cette étude réside dans la sélection des cinq participants qui ont fait le choix volontaire de participer aux séances d'interventions CO-OP du projet de recherche initial (Poulin, 2014; Poulin et coll., sous presse). Cela peut représenter un biais de sélection puisque ce choix démontre, en quelque sorte, que les cinq participants détiennent une motivation ou un niveau d'engagement élevé dès le départ. On peut croire que les gens n'ayant pas un bon niveau d'engagement n'auraient pas participé au projet de recherche de Poulin (2014). Ce phénomène est confirmé par le haut niveau d'engagement des participants mesuré dans cette étude dès la première séance d'intervention.

Une autre limite est que le processus de cotation des deux outils d'évaluation est plutôt subjectif. Toutefois, les cotations ont majoritairement été justifiées par des faits, des actions ou des paroles, en plus d'être vérifiées et discutées avec la thérapeute (soit V. Poulin). Il n'en demeure pas moins que la fidélité interévaluateur de ces outils n'a pas été démontrée et que les cotations ont parfois été établies en se basant sur le jugement de l'étudiante chercheuse, notamment en raison du manque de précision de certains items à coter.

De plus, les deux outils ont été validés auprès de populations différentes de celle qui est à l'étude dans cet essai : le *Volitional Questionnaire* (Chern et coll., 1996) ayant été développé pour les gens atteints de problèmes de santé mentale et le *Rehabilitation Therapy Engagement Scale* (Lequerica et coll., 2006) ayant été validé auprès d'une population en soins aigüés à la suite

d'un traumatisme craniocérébral. Aussi, le *Volitional Questionnaire* a été créé pour évaluer le niveau de volition (ou d'engagement) pendant l'exécution d'une tâche fonctionnelle spécifique (ex. : atelier d'art) alors que, dans le cadre de cet essai, les participants ont été évalués en grande partie lors de discussions dirigées vers un but de planification et de résolution de problèmes fonctionnels avec la thérapeute. Ainsi, dans certains cas, le contexte d'utilisation de l'outil n'était pas exactement le même que celui étudié par Chern et ses collaborateurs (1996). Aussi, le fait que les interventions et les observations aient été réalisées dans le contexte de la participation à un projet de recherche peut potentiellement diminuer la généralisation des résultats à un contexte de pratique clinique réelle. Enfin, la prudence dans l'interprétation des résultats de cette étude est d'autant plus recommandée considérant la petite taille de l'échantillon.

6.4 Implications pour la pratique de l'ergothérapie

Cette étude appuie la pertinence possible de l'approche CO-OP pour favoriser l'engagement dans la thérapie des adultes ayant des atteintes cognitives à la suite d'un AVC puisque quatre participants sur cinq se sont améliorés au fil des séances. Tel que mentionné précédemment, il s'agit d'une population pour laquelle le développement et le maintien de l'engagement dans la thérapie pose des défis cliniques significatifs (Skidmore et coll., 2010). Certaines pistes de réflexion quant aux moyens qui peuvent être entrepris pour maintenir l'engagement dans la thérapie chez cette clientèle sont également fournies par cette étude, comme l'importance des objectifs fonctionnels significatifs choisis par la personne, la valorisation des succès vécus dans l'accomplissement de ces objectifs et la pertinence de guider la personne à prendre part activement à la planification, la prise de décision et la résolution des problèmes rencontrés dans ses activités quotidiennes et lors de la thérapie. La prise en compte de ces éléments dans l'optique de favoriser et de maintenir l'engagement pourrait potentiellement aider cette clientèle à réaliser plus efficacement les objectifs de la réadaptation en ergothérapie, afin de maximiser ultimement le retour vers l'autonomie. De plus, les ergothérapeutes ont avantage à évaluer l'impact de leurs interventions sur le niveau d'engagement de leurs clients en contexte clinique. Cette étude suggère la pertinence des outils utilisés (soit le *Rehabilitation Therapy Engagement Scale* et le *Volitional Questionnaire*) pour mesurer l'engagement des participants tout au long de la thérapie. Il serait souhaitable de continuer à explorer leur utilité clinique auprès de cette population. Enfin, l'étude a permis d'explorer certains facteurs à prendre en considération

pouvant affecter positivement ou négativement l'engagement dans la thérapie (ex. : encouragements des proches aidants et de la thérapeute, importance des buts significatifs). L'identification de ces facteurs facilitants et limitants pourrait être utile pour permettre aux ergothérapeutes de se réajuster au fur et à mesure pour favoriser la réussite de la thérapie. D'autres études devraient cependant être conduites afin de confirmer ces facteurs.

7. CONCLUSION

Cette étude visait à explorer l'engagement dans la thérapie chez les adultes présentant des atteintes des fonctions exécutives à la suite d'un AVC et participant à des interventions basées sur l'approche CO-OP. Tel que suggéré par les résultats de cette étude, l'approche CO-OP présente un potentiel à favoriser l'engagement dans la thérapie chez cette population, ce qui concorde avec les résultats d'une autre étude pilote basée sur l'approche CO-OP (Skidmore et coll., 2011). Certains éléments clés de l'approche CO-OP (ex. : buts choisis par le client, découverte guidée, rétroaction fournie pour renforcer les succès) concordent aussi avec les principes énoncés dans les écrits scientifiques pour favoriser l'engagement des clients dans la thérapie (Lequerica et coll., 2009). Ces résultats permettent ainsi d'offrir certaines pistes de réflexions aux ergothérapeutes qui souhaitent agir afin de favoriser l'engagement lors de la réadaptation des personnes présentant des atteintes cognitives et exécutives post-AVC. Il est essentiel pour les ergothérapeutes d'avoir les moyens nécessaires pour maintenir l'engagement dans la thérapie chez cette clientèle.

Plusieurs autres recherches liées à l'engagement dans la thérapie demeurent pertinentes dans le but d'améliorer la compréhension et l'évaluation de ce concept ainsi que le développement de stratégies d'intervention efficaces notamment dans le domaine de la santé physique où il a été moins exploré. Des recherches en lien avec les effets de l'engagement dans la thérapie sur l'amélioration du fonctionnement à long terme des individus post-réadaptation permettraient aussi de renforcer l'importance de ce concept et valideraient l'efficacité des interventions.

RÉFÉRENCES

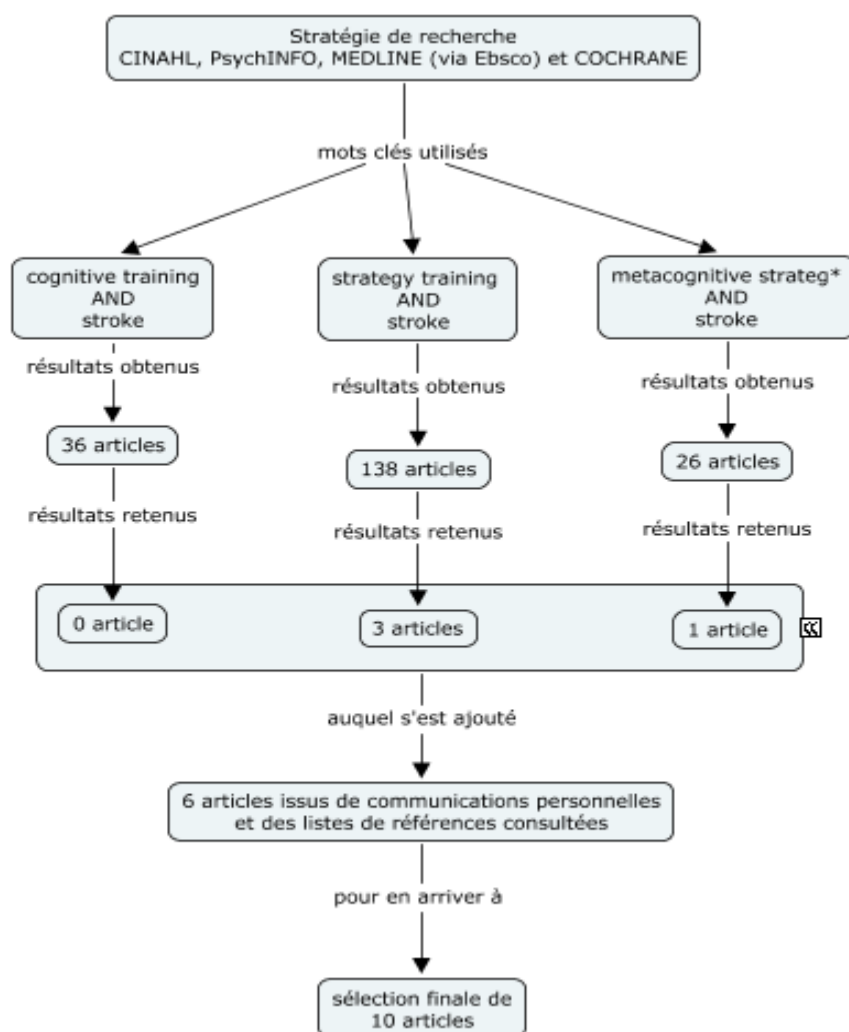
- Agence de la santé publique du Canada. (2015). Suivi des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux (AVC) au Canada. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/sh-fs-2011/pdf/StrokeHighlights_FR.pdf
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2006). Volition et motivation en santé mentale – Première partie : concepts théoriques. *Le partenaire*, 13(1), 8-14.
- Chern, J. S., Kielhofner, G., de las Heras, C. G., & Magalhaes, L. C. (1996). The Volitional Questionnaire: psychometric development and practical use. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(7), 516-525.
- Dawson, D., Gaya, A., Hunt, A., Levine, B., Lemskey, C., & Polatajko, H. (2009). Using the Cognitive Orientation to Occupational Performance (CO-OP) with Adults with Executive Dysfunction following Traumatic Brain Injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(2), 115-127.
- Eskes, G.A., Lanctôt, K.L., Herrmann, N., Lindsay, P., Bayley, M., Bouvier, L., ... Richard, H. (2015). Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue Following Stroke practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 10(7), 1130-1140.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fondation des maladies du coeur et de l'AVC. (2015). Statistiques. Repéré à <http://www.fmcoeur.qc.ca/site/c.kpIQKVOxFoG/b.3669917/k.9F47/Statistiques.htm#acc>
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, QC : Les Éditions de la Chenelière.
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M., & Sherwins, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3), 59-74.
- Grieve, J., & Gnanasekaran, L. (2008). *Neuropsychology for occupational therapists: Cognition in occupational performance (3e éd.)*. Oxford: Blackwell Pub.
- Hartke, R., & Trierweiler, R. (2015). Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Topics in stroke rehabilitation*, 22(5), 326-334.

- Henshaw, E., Polatajko, H., McEwen, S., Ryan, J. D., & Baum, C. M. (2011). Cognitive approach to improving participation after stroke: Two case studies. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 55–63.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: theory and application*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lenze, E. J., Munin, M. C., Quear, T., Dew, M. A., Rogers, J. C., Begley, A. E., & Reynolds, C.F. (2004). The Pittsburgh Rehabilitation Participation Scale: Reliability and validity of a clinician-rated measure of participation in acute rehabilitation. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85(3), 380–384.
- Lequerica, A., Donnell, C., & Tate, D. (2009). Patient engagement in rehabilitation therapy: Physical and occupational therapist impressions. *Disability and Rehabilitation*, 31(9) 753-760.
- Lequerica, A., & Kortte, K. (2010). Therapeutic Engagement - A Proposed Model of Engagement in Medical Rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89(5) 415-422.
- Lequerica, A. H., Rapport, L. J., Whitman, R. D., Millis, S. R., Vangel, S. J., Hanks, R. A., & Axelrod, B. N. (2006). Psychometric Properties of the Rehabilitation Therapy Engagement Scale When Used Among Individuals With Acquired Brain Injury. *Rehabilitation Psychology*, 51(4), 331-337.
- Lesniak, M., Bak, T., Czepiel, W., Seniow, J., & Czlonkowska, A. (2008). Frequency and prognostic value of cognitive disorders in stroke patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(4), 356-363.
- Matthews, G., Campbell, S., Falconer, S., Joyner, L., Huggins, J., Gilliland, K., . . . Warm, J. (2002). Fundamental dimensions of subjective state in performance settings: Task engagement, distress, and worry. *Emotion*, 2(4), 315-340.
- McEwen, S., Polatajko, H., Huijbregts, M., & Ryan, J. (2009). Exploring a cognitive-based treatment approach to improve motor-based skill performance in chronic stroke: Results of three single case experiments. *Brain Injury*, 23(13-14), 1041-1053.
- McEwen, S., Polatajko, H., Huijbregts, M., & Ryan, J. (2010a). Inter-task transfer of meaningful, functional skills following a cognitive-based treatment: Results of three multiple baseline design experiments in adults with chronic stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(4), 541-561.
- McEwen, S., Polatajko, H., Davis, J., Huijbregts, M., & Ryan, J. (2010b). ‘There's a real plan here, and I am responsible for that plan’: Participant experiences with a novel cognitive-

- based treatment approach for adults living with chronic stroke. *Disability & Rehabilitation*, 32(7), 541-550.
- McEwen, S., Polatajko, H., Baum, C., Rios, J., Cirone, D., Doherty, M., & Wolf, T. (2015). Combined Cognitive-Strategy and Task-Specific Training Improve Transfer to Untrained Activities in Subacute Stroke: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(6), 526-536.
- Montgomery, P., Jermyn, D., Bailey, P., Nangia, P., Egan, M., & Mossey, S. (2015). Community reintegration of stroke survivors: the effect of a community navigation intervention. *Journal of advanced nursing*, 71(1), 214-225.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2015). L'ergothérapie et les accidents vasculaires cérébraux (AVC). Repéré à <https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Chroniques/AVC.pdf>
- Polatajko, H. J., Davis, J., Steward, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie L., & Zimmerman, D. (2008). *Préciser le domaine de préoccupation : L'occupation comme base*. Dans Polatajko, H. J., Townsend, E. A., & Craik, J. (Éd). *Faciliter l'occupation : L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa: CAOT publications ACE.
- Polatajko, H. J., McEwen, S. E., Ryan, J. D., & Baum, C. M. (2012). Pilot randomized controlled trial investigating cognitive strategy use to improve goal performance after stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(1), 104–109.
- Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2004). *Enabling Occupation in Children: The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) Approach*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications.
- Poulin, V., Korner-Bitensky, N., Bherer, L., Lussier, M., & Dawson, D. (s.d.). Comparison of two cognitive interventions for adults experiencing executive dysfunction post-stroke: a pilot study. *Disability and Rehabilitation* (sous presse).
- Poulin, V., Korner-Bitensky, N., Dawson, D.R., & Bherer, L. (2012). Efficacy of executive function interventions after stroke: a systematic review. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 19(2), 158-171.
- Poulin, V. (2014). *Executive function assessment and intervention post-stroke: building and translating the evidence into practice*. (Thèse de doctorat, McGill University, Montréal, QC). Repéré à http://digitool.Library.McGill.CA:80/R/-?func=dbin-jump-full&object_id=123189&silo_library=GEN01

- Riepe, M. W., Riss, S., Bittner, D., & Huber, R. (2004). Screening for cognitive impairment in patients with acute stroke. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 17(1-2), 49-53.
- Skidmore, E. R., Whyte, E. M., Holm, M. B., Becker, J. T., Butters, M. A., Dew, M. A., & Lenze, E. J. (2010). Cognitive and affective predictors of rehabilitation participation after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(2), 203-207.
- Skidmore, E. R., Holm, M. B., Whyte, E. M., Dew, M. A., Dawson, D., & Becker, J. T. (2011). The feasibility of meta-cognitive strategy training in acute inpatient stroke rehabilitation: Case report. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(2), 208-223.
- Skidmore, E. R., Dawson, D. R., Whyte, E. M., Butters, M. A., Dew, M. A., Grattan, E. S., ... Holm, M. B. (2014). Developing complex interventions: lessons learned from a pilot study examining strategy training in acute stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 28(4), 378-387.
- Skidmore, E.R., Dawson, D., Butters, M., Grattan, E., Juengst, S., Whyte, E., ... Becker, J. (2015a). Strategy Training Shows Promise for Addressing Disability in the First 6 Months After Stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(7) 668 –676.
- Skidmore, E. R., Whyte, E. M., Butters, M. A., Terhorst, L., & Reynolds, C. F. (2015b). Strategy training during inpatient rehabilitation may prevent apathy symptoms after acute stroke. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 7(6), 562-570.
- Teasell, R., & Hussein, N. (2013). *Clinical consequences of stroke*. Repéré à http://www.ebrsr.com/sites/default/files/chapter2_clinical-consequences_final_16ed.pdf
- Wolf, T. J., Baum, C., & Conner, L. T. (2009). Changing face of stroke: implications for occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 621-625

ANNEXE A STRATÉGIE DE RECHERCHE



ANNEXE B

TABLEAU 1

Tableau 1.

Résumé des 10 études recensées portant sur l'approche CO-OP chez les adultes et les personnes âgées ayant subi un AVC

Auteurs, année de publication	Taille et caractéristiques de l'échantillon	Devis et intervention(s)	Résultats
McEwen et coll. (2009)	3 adultes, >1 an post-AVC (phase chronique, externe) sans incapacité cognitive mesurée	Étude de cas multiples, ~10 séances CO-OP à raison de 1 à 2 fois par semaine	Amélioration significative observée et auto-rapportée de la performance (PQRS, MCRO) et de la satisfaction (MCRO) dans presque tous les buts fonctionnels entraînés (7/9) qui se maintient 1 mois post-intervention.
McEwen et coll. (2010a)	3 adultes, >1 an post-AVC (phase chronique, externe) sans incapacité cognitive mesurée	Étude de cas multiples, ~10 séances CO-OP à raison de 1 à 2 fois par semaine	Amélioration significative observée et auto-rapportée de la performance (PQRS, MCRO) et de la satisfaction (MCRO) dans tous les buts fonctionnels entraînés (9/9) et ceux non entraînés (3/3) qui se maintiennent 1 mois post-intervention. Cette étude suggère la présence d'un phénomène de transfert des apprentissages vers les buts fonctionnels non entraînés.
McEwen et coll. (2010b)	5 adultes, >1 an post-AVC (phase chronique, externe) sans incapacité cognitive mesurée	Étude qualitative avec les participants des deux études précédentes (McEwen et coll., 2009; 2010a), entrevue semi-structurée individuelle suite à ~10 séances CO-OP à raison de 1 à 2 fois par semaine.	Les participants rapportent utiliser les stratégies de CO-OP pour continuer à réaliser de nouvelles activités, ce qui suggère un phénomène de transfert des apprentissages. Les participants se sentent plus aptes à prendre des décisions suite à CO-OP.
Henshaw et coll. (2011)	2 adultes, 10 et 13 mois post-AVC (phase chronique, externe) <u>avec</u> incapacités cognitives mesurées (attention, mémoire et fonctions exécutives)	Étude de cas multiples, ~10 séances CO-OP sur une période de 4 à 5 semaines et une entrevue semi-structurée à la fin des interventions	Amélioration significative observée et auto-rapportée de la performance (PQRS, MCRO) et de la satisfaction (MCRO) dans presque tous les buts fonctionnels entraînés (5/6). Les entrevues ont recueilli les perceptions des participants par rapport à CO-OP. Les thèmes principaux sont, entre autres, l'effet de motivation que procurent les buts significatifs et le besoin d'une approche personnalisée du thérapeute pour aider la personne à résoudre des problèmes.
Skidmore et coll. (2011)	1 adulte, 7 jours post-AVC (phase aiguë, interne) <u>avec</u> incapacités cognitives mesurées (attention, mémoire, relations visuospatiales et	Étude de cas, 10 séances CO-OP de 45 minutes sur une période de 14 jours en plus de la réadaptation habituelle	Amélioration significative auto-rapportée de la performance (MCRO) pour presque tous les buts (7/8). Des améliorations significatives sont également mesurées au niveau de l'engagement dans la thérapie (PRPS) et du fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne (MIF). L'étude soutient la faisabilité d'utiliser l'approche CO-OP en réadaptation interne avec un participant qui présente des incapacités

	fonctions exécutives)		cognitives modérées à graves.
Polatajko et coll. (2012)	8 adultes, 6 mois post-AVC (phase chronique, externe) sans incapacité cognitive mesurée	Essai clinique randomisé, 10 séances CO-OP ($N=4$) et 10 séances d'un traitement d'ergothérapie traditionnel ($N=4$)	Les deux groupes présentent une amélioration significative observée et auto-rapportée de la performance (PQRS, MCRO) et de la satisfaction (MCRO). Par contre, l'amélioration de la performance dans les activités est significativement plus grande chez le groupe ayant reçu 10 séances CO-OP suggérant une plus grande efficacité de cette approche que d'un traitement d'ergothérapie traditionnel.
Skidmore et coll. (2014)	10 adultes, <3 mois post-AVC (phase aiguë, interne) <u>avec</u> incapacités cognitives mesurées (fonctions exécutives)	Essai clinique non randomisé, ~10 séances CO-OP de 30 à 40 minutes sur une période moyenne de 3 semaines ($N=5$) et ~10 séances d'intervention en lien avec le contrôle de l'attention de 30 à 40 minutes sur une période moyenne de 3 semaines ($N=5$) en plus de la réadaptation habituelle	Les deux groupes présentent une amélioration significative de leur fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne (MIF). Par contre, l'amélioration est significativement plus grande chez le groupe ayant reçu les séances CO-OP suggérant une plus grande efficacité de cette approche que les interventions en lien avec le contrôle de l'attention. Améliorations maintenues après 6 mois pour les deux groupes.
McEwen et coll. (2015)	26 adultes, <3 mois post-AVC (phase aiguë, externe) sans incapacité cognitive mesurée	Essai clinique randomisé, ~10 séances CO-OP de 45 minutes à raison de 2 fois par semaine ($N=14$) et ~10 à 32 séances d'un traitement d'ergothérapie traditionnel de 45 à 60 minutes à raison de 2 fois par semaine ($N=12$)	CO-OP résulte en une amélioration significativement plus grande que le traitement d'ergothérapie traditionnel sur la performance (PQRS) dans les buts non entraînés en thérapie (c'est-à-dire, qu'il y a un phénomène de transfert des apprentissages) et sur le maintien de la performance (PQRS) après 3 mois autant pour les buts entraînés et non entraînés.
Skidmore et coll. (2015a)	30 adultes, <3 mois post-AVC (phase aiguë, interne) <u>avec</u> incapacités cognitives mesurées (fonctions exécutives : inhibition et flexibilité)	Essai clinique randomisé, 10 séances CO-OP de 45 minutes à raison de 5 fois par semaine ($N=15$) et 10 séances d'interventions en lien avec le contrôle de l'attention ($N=15$) de 45 minutes à raison de 5 fois par semaine en plus de la réadaptation habituelle	Les deux groupes présentent une amélioration significative de leur fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne (MIF). Par contre, l'amélioration est significativement plus grande chez le groupe ayant reçu CO-OP. De plus, cette étude suggère que CO-OP peut avoir un effet significatif sur certains domaines des fonctions exécutives telles que l'inhibition et la flexibilité. Les améliorations se maintiennent après 6 mois pour les deux groupes.
Skidmore et coll. (2015b)	30 adultes, <3 mois post-AVC (phase aiguë) <u>avec</u> incapacités cognitives mesurées (fonctions exécutives : inhibition et flexibilité)	Analyse secondaire de l'essai clinique randomisé précédent (Skidmore et coll., 2015a), 10 séances CO-OP ($N=15$) et 10 séances d'interventions en lien avec le contrôle de l'attention ($N=15$) en plus de la réadaptation habituelle	Les participants des deux groupes présentaient un niveau d'apathie similaire au début des interventions. Toutefois, le niveau d'apathie du groupe ayant reçu des interventions en lien avec le contrôle de l'attention a augmenté après 6 mois contrairement aux participants ayant reçu des interventions CO-OP qui ont eu une légère diminution de leurs niveaux d'apathie. L'étude suggère que CO-OP pourrait prévenir l'apparition de l'apathie chez les adultes ayant subi un AVC.

MCRO = Mesure canadienne du rendement occupationnel, MIF = Mesure d'indépendance fonctionnelle, PQRS = Performance Quality Rating Scale, PRPS = Pittsburgh Rehabilitation Participation Scale

ANNEXE C
FIGURE 1

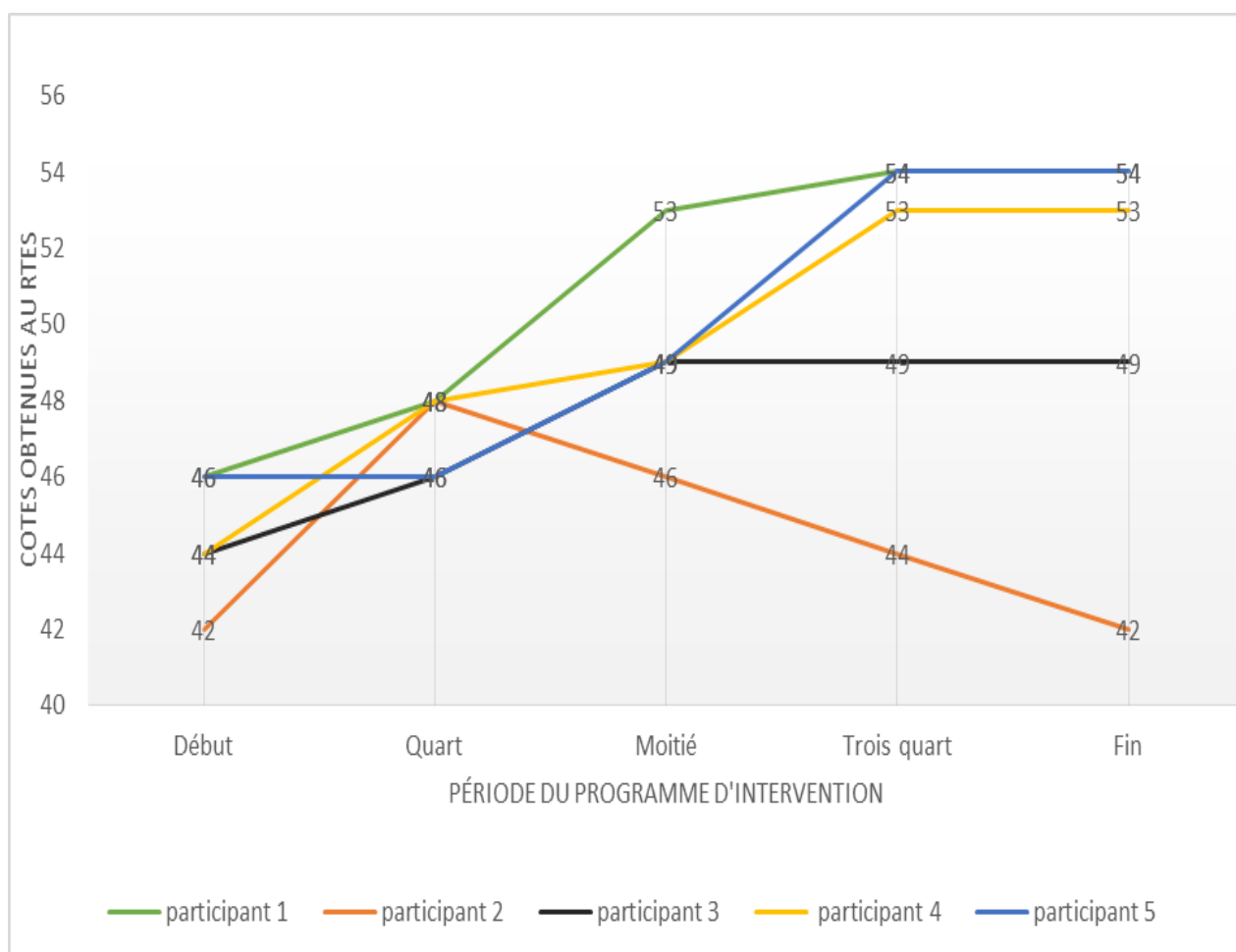


Figure 1. Évolution de l'engagement mesurée avec l'échelle Rehabilitation Therapy Engagement Scale (RTES)

ANNEXE D

FIGURE 2

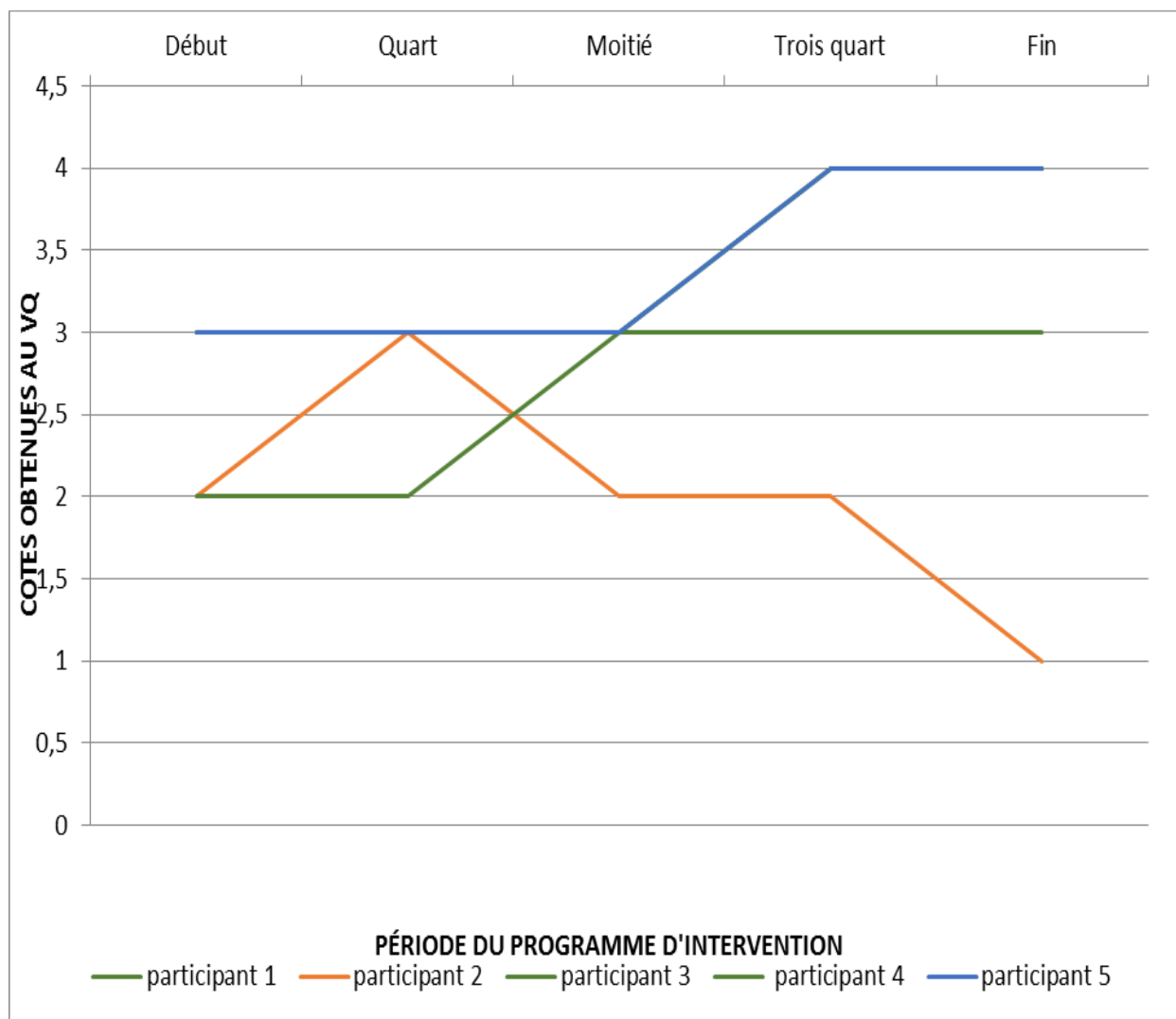


Figure 2. Évolution de l'engagement mesurée avec le *Volitional Questionnaire (VQ)*

* À noter : trois participants (P1-P3-P4) présentent une évolution identique représentée par la ligne verte sur la figure 2